

FAX送信先：0942-46-5841

特定非営利活動法人 久留米市介護福祉サービス事業者協議会 行

令和3年度 『認知症ケアスタッフ研修』 参加申込書

申込期限 3月16日(水)

※下記の注意点を必ずご確認の上、お申し込みください。

事業所名・連絡先 ※各事業所に2名まで	氏名(フリガナ)
(事業所名)	(フリガナ)
(事業所住所) 〒	
TEL	
(事業所名)	(フリガナ)
(事業所住所) 〒	
TEL	

- 注意点) ①楷書にて記入の上、フリガナの記入をお願いいたします。
- ②多数部会に所属されている場合は、申込書は出来るだけまとめてお願いいたします。1事業所につき2名までといたします。足りない場合はコピーして下さい。
- ③応募多数の場合は、調整をお願いすることがありますのでご了承下さい。