

介護職員の日常生活支援力向上研修

介護職員の日常生活支援力向上研修

利用者と共に楽しむ場をつくろう!!

利用者と共に楽しむ場をつくろう!!

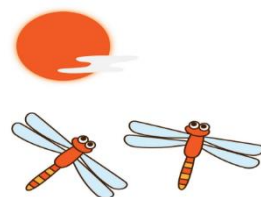
参加申込書

参加申し込み *地区に関係なく参加できます。

参加される地区に ○印を入れて下さい	() 東予地区：平成30年12月 5日(水) 食の創造館キッチンスタジオ () 中予地区：平成30年12月 6日(木) 松前町総合文化センター () 南予地区：平成30年12月 8日(土) 西予市宇和町小学校	
事業所名		
連絡先	TEL： FAX：	参加区分 いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> を入れて 下さい。
氏名	(経験年数) 年	<input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> レク
氏名	(経験年数) 年	<input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> レク
氏名	(経験年数) 年	<input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> レク
参加利用者数	名	

利用者の方が参加される場合は、参加利用者数をご記入ください。

*申し込み締め切り 11月10日(土) までに事務局までFAXにてご返送下さい。



<送付先> FAX：089-989-2557

一般社団法人 愛媛県地域密着型サービス協会 事務局 TEL：089-989-2550

FAX受付確認印 希望する (確認印が必要な場合のみ○印をつけてください)