

介護職員の日常生活支援力向上研修

利用者と生活を楽しむ場をつくろう!!

～食事づくり&レクリエーション～

参加申込書

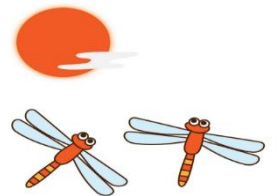
参加申し込み *地区に関係なく参加できます。

参加される地区に ○印を入れて下さい	() 東予地区：令和元年11月14日(木) 食の創造館キッチンスタジオ () 中予地区：令和元年11月12日(火) 松前町総合福祉センター () 南予地区：令和元年11月15日(金) 宇和島市立和霊公民館	
事業所名		
連絡先	TEL：	参加区分 いずれかに☑を入れて 下さい。
	FAX：	
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

利用者の方が参加される場合は、参加人数のみを記入してください。

参加利用者	調理 名 レク 名
-------	--------------

*申し込み締め切り 11月1日(金) 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)