**管理者　様へ**

**【地域密着型サービス協会東予地区研修受講申込書】**

**『感染症について』**

**～　持ち込まない・持ち出さない・拡げない　　～**

**講師：西条保健所**

■日時：**令和　元　年　11　月　20　日（　水　）19：00～21：00**

■場所：西条市総合福祉センター　Ｂ棟3階研修室

（〒793-0041　愛媛県西条市神拝甲324番地2）

■参加人数：70名

■受講料：**会員一人　1,000円　（非会員一人2,000円）**

**注1）駐車場は各自で対応してください。注2）参加当日の欠席の連絡は必要ありませんが、当日☎連絡が必要な場合は研修会場ではなくこちら→電話090-5273-7172(原)にお願いします。**

利用者さんの、健康な生活を守るために、

施設の職員にできることを学びましょう。

**メッセージ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 | （　会員　・　非会員　） | |
| 連絡先 | (ＴＥＬ) | (ＦＡＸ) |
| 氏名 |  | |
| 氏名 |  | |
| 氏名 |  | |
| **講師の方への質問などがありましたら、ご記入ください。** | | |

**※締め切り：　11　月　13　日(　水　)**

|  |  |
| --- | --- |
| **＜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** |

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。）