**管理者　様へ**

東予地区研修（Ｈ30.11.13）を開催致しますので必要事項をご記入の上、事務局までファックスにてご返送下さい。

**【東予地区研修受講申込書】**

■日時：平成30年11月13日（火）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）

■研修内容：『感染対策』

■講師：西条保健所

■参加人数：80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。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名 | （会員　・　非会員） | |
| 連絡先 | (ＴＥＬ) | (ＦＡＸ) |
| 氏名 |  | |
| 氏名 |  | |
| 氏名 |  | |
| 氏名 |  | |

**※締め切り　11月8日（木）**

|  |
| --- |
| **講師の方への質問などがありましたら、ご記入ください。** |

|  |  |
| --- | --- |
| **送付先** | **ＦＡＸ番号：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・希望しない（確認印が必要な場合のみ○印をつけてください。）