

# 令和5年度 愛媛県ノーリフティングケア普及啓発事業 マネジメント研修

## ～ノーリフティングケアの導入～

### 参加申込書

令和 年 月 日

#### 【申込団体等】

名 称		申込担当者	
団体等所在地			
電話番号		FAX番号	

#### 【参加方法】 ※下記のいずれかに☑のうえ、必要事項の記入をお願いします。

会場参加 (愛媛県総合社会福祉会館 3階 研修室)

⇒会場で参加される方の氏名等をご記入ください。

No.	団体名等 (申込団体と同じ場合は記入不要)	役職名 (無い場合は記入不要)	氏名	備考
1				
2				
3				

※会場での参加をお申込みいただいた方は、当日、直接会場までお越しください。  
(本研修では、参加の決定通知等は 送付しません。)

オンライン参加 (Zoom ミーティング)

(大文字や小文字、数字との区別がわかりやすいようにご記入ください。)

⇒招待メール送信先：

※複数台のパソコンからのログインを希望する場合は、本申込書をコピーして、それぞれにお申込みください。

#### 【質問等】

質問等がございましたら、ご記入ください。

申込期限：令和5年6月7日 (水)