

令和6年度 愛媛県ノーリフティングケア普及啓発事業 管理者研修

～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 2階 多目的ホール)

⇒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6年5月31日(金)