

宛先:御所野地域包括支援センターけやき 多職種連携研修担当 行き
FAX:(826)0652

令和6年度 多職種連携研修 参加申込書

注) お手数ですが、この用紙をコピーして開催月ごとにお申し込み下さい。各月とも開催日の前日までFAX・電話、またはメールでお願い致します。

送信元:

● ご所属
(貴機関・事業所名)

ご連絡先 電話 ()
FAX ()

参加申し込み(月開催の研修)

※受講証明書の必要な方は、○して下さい。

	お名前(職 種)	受講証明書
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		

【通信欄(ご要望・ご連絡など)】