

令和3年度第2回高知県福祉・介護新任職員フォローアップ研修 (会場受講用)参加申込書

(法人名) _____
(連絡担当者) _____
(電話番号) _____
(FAX番号) _____

施設・事業所名	事業種別 <small>※該当するものに○をつけてください。</small>	(フリガナ) 氏 名
	高齢 ・ 障害 ・ 児童	
	高齢 ・ 障害 ・ 児童	
	高齢 ・ 障害 ・ 児童	
	高齢 ・ 障害 ・ 児童	
	高齢 ・ 障害 ・ 児童	

※参加者名簿を作成しますので、氏名・フリガナはお間違のないように、楷書ではっきりとご記入ください。

オンライン参加をご希望の方は下記URLか、メールにてお申込みください。

zoomミーティングを利用して実施いたします。参加できる環境を整えたうえでご参加ください
座談会を行いますので、〇名以上のお申込みの場合は、端末を分けてご参加ください。

(申込URL) <https://forms.gle/1jx3S8WjM6CQ813X6>

(申込メールアドレス) ccw@kaigo-kochi.jp



申込二次元コード

※申込書をメールに添付するか、必要事項をメールにてお知らせください。

※新型コロナウイルス感染症に対する対策について

- ・会場での参加を希望される方には、マスクの着用・手指消毒など感染症対策を実施していただきます。
- ・会場は席の間隔を空け、定期的に換気を行います。
- ・感染状況によっては、会場での開催を中止し、オンライン開催のみになる可能性があります。

●●申込締め切り:第2回目…令和4年1月24日(月)必着●●