

【第1回】令和5年度高知県福祉・介護若手職員研修及び介護交流会 参加申込書

※QRからもお申込みできます。



法人名 _____
電話番号 _____
FAX番号 _____
担当者 _____

施設・事業所名 <small>※該当するものに○をつけてください。</small>	事業種別 <small>高齢・障害・児童</small>	(フリガナ) 氏名	勤続年数 <small>1年目／2年目／3年目</small>
	高齢・障害・児童		1年目／2年目／3年目

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

申込締め切り：8月21日（金）17時必着