

【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	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	勤続年数
	高齢 ・ 障害 ・ 児童		1年目 / 2年目 / 3年目
	高齢 ・ 障害 ・ 児童		1年目 / 2年目 / 3年目
	高齢 ・ 障害 ・ 児童		1年目 / 2年目 / 3年目
	高齢 ・ 障害 ・ 児童		1年目 / 2年目 / 3年目
	高齢 ・ 障害 ・ 児童		1年目 / 2年目 / 3年目
	高齢 ・ 障害 ・ 児童		1年目 / 2年目 / 3年目
	高齢 ・ 障害 ・ 児童		1年目 / 2年目 / 3年目
	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