

高知県介護福祉士会 行  
FAX:088-844-9443

## 令和6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 参加申込書

法人名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

FAX番号 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_

施設・事業所名	事業種別 ※該当するものに○をつけてください。	(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	
	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・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 : 12月9日(月)17時必着