

【第2回】令和7年度高知県福祉・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	

※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5日(金)17時必着