

FAX締切 平成 31 年 1 月 21 日(月)

平成 年 月 日

FAX 087-835-4777

(公財) かがわ健康福祉機構 研修部長 あて

(※ 施設等区分：該当する施設区分にレ点をつけてください。)

- 救護  障害者福祉サービス事業所  障害者支援施設  特養  養護  老健  
 有料(介護付・住宅型)  ケアハウス  介護療養型医療  短期入所  訪問看護  
 訪問介護  認知症グループホーム  小規模多機能型  その他：\_\_\_\_\_

施設名：

〒\_\_\_\_\_

所在地：

担当者職・氏名：

TEL：

### 平成 30 年度 接遇力研修会の出席について

上記研修会について、下記のとおり申し込みます。

(ふりがな) 氏 名	職名 (又は職種)	性別	年齢	通算 経験年数	備考
( )					
( )					
( )					

#### 【受講決定に際しての注意事項】

申込み多数の場合には、**先着順**とさせていただきます。よって、定員を超えてからのお申込分につきましては、平成 31 年 1 月 24 日(木)までに研修部よりご連絡をいたします。**連絡のない場合は、「受講可」とさせていただきます。決定通知はいたしませんので、ご了承願います。**

※ オンライン申込みも可能です。 <http://www.kagawa-swc.or.jp/home/home.htm>

かがわ健康福祉

検索