

《 送 付 先 》

石川県健康福祉部長寿社会課 宛  
FAX 076-225-1418

2月26日（木）より受付開始

『多様な介護サービス導入普及事業』派遣研修報告会 参加申込書

所 属	介護保険事業所番号		
	法 人 名		
	施設・事業所名		
	事業所所在市町	市・町	
	事業種別（*1）		
	連 絡 先	電話	FAX

（\*1）事業種別には、介護老人福祉施設、訪問介護、通所介護等のサービス種別を記載してください。

☆参加者氏名、職名（管理者、介護職員等）、第3部への参加希望をご記入ください。

	参 加 者		第3部（意見交換）への参加
1	フリカ、ナ 氏 名		<input type="checkbox"/> 参加する どちらかに○ （高浜安立荘・さくらホーム）
	職 名		<input type="checkbox"/> 参加しない
2	フリカ、ナ 氏 名		<input type="checkbox"/> 参加する どちらかに○ （高浜安立荘・さくらホーム）
	職 名		<input type="checkbox"/> 参加しない
3	フリカ、ナ 氏 名		<input type="checkbox"/> 参加する どちらかに○ （高浜安立荘・さくらホーム）
	職 名		<input type="checkbox"/> 参加しない

☆通信欄

※当日特に聞きたいこと、日常業務で課題となっていること等がありましたらご記入ください

【お問い合わせ】

石川県健康福祉部長寿社会課  
〒920-8580 金沢市鞍月1-1  
TEL：076-225-1417 FAX：076-225-1418

※受付欄

受付日	受付 No.	備考