

※FAX 送信票は不要です。本票のみ送信してください。

(FAX : 0 8 5 2 - 2 2 - 5 2 3 8)

島根県高齢者福祉課介護サービス推進グループ 木村あて

締め切り : 10月31日(木)

高齢者の自立支援・介護予防推進研修会

参加申込書

所 属 (団体/事業所/市町村 /地域包括支援センター)	
連絡先	

【参加者】

職 名 (主な資格)	氏 名	※参加希望	
		第一部	第二部

※参加を希望する部に○をつけてください(第一部または第二部のみの参加可)