**ＦＡＸ：０７７－５６７－５１６０**

**滋賀県老人福祉施設協議会事務局　行**

**締め切り　平成３０年 １月１５日（月）**

**平成２９年度　介護職員の看取り介護技術向上研修会**

**【介護職員】参加申込用紙**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 |  | | |
| 事業所住所 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| 参加者名 |  | 職　種 |  |
| 参加者名 |  | 職　種 |  |
| 参加者名 |  | 職　種 |  |
| 参加者名 |  | 職　種 |  |
| 参加者名 |  | 職　種 |  |

※課題や質問、抱えている課題、悩みなどがございましたら下記にご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

* １月１５日（月）までに滋賀県老人福祉施設協議会事務局までＦＡＸにて申込みください。

（送付状は不要です）