

(北海道社会福祉協議会 施設経営支援部 施設福祉課 山崎・富川 宛／ F A X 011-280-3162)

**平成23年度
特別養護老人ホームにおける看護職員と介護職員によるケア連携協働のための研修
【 参 加 申 込 書 】**

施設名		希望回 (一つに ○)	第1回	第2回	会員 ・ 非会員 ※どちらかに○
市町村		TEL		担当者名	
		FAX			

氏 名	役職名 (職種)	備 考
フリガナ		

平成23年8月31日(水)必着

【ご連絡事項】

- ◎氏名は正確にご記入いただき、フリガナをお願いいたします。(研修終了後修了証が交付されますので、漢字は正確に記載願います。)
- ◎F A Xにてお申し込みの場合は、字がつぶれぬよう大きな字でご記入ください。

※ ご記入いただいた個人情報は、当研修会の運営及び統計資料の作成に使用いたします。
参加申込書に記載された情報をもとに、参加者名簿を作成し、当日参加者に配布いたします。
上記以外の目的で本人の了承なく個人情報を第三者に開示することはありません。