

北海道老人福祉施設協議会事務局(富川)行き
 FAX 011-280-3162

※必ず、送信後、着信確認の連絡をしてください(TEL:011-241-3766)

特別聴講用

※添付書不要

申込日： 平成 年 月 日

北海道老人福祉施設協議会 御中

担当者名：

平成27年度介護力向上講習会【北海道分校】受講申込書

フリガナ								道老協会員区分(いずれかに○)		
施設名								会員	・	非会員
フリガナ		職種	性別	男	年齢	歳	希望回			
受講者名				女						
フリガナ		職種	性別	男	年齢	歳	希望回			
受講者名				女						
フリガナ		職種	性別	男	年齢	歳	希望回			
受講者名				女						
フリガナ		職種	性別	男	年齢	歳	希望回			
受講者名				女						
フリガナ		職種	性別	男	年齢	歳	希望回			
受講者名				女						
施設住所	(〒 ー)			TEL						
				FAX						