

FAX : 011-280-3162

※添付書不要

北海道老人福祉施設協議会 事務局(北海道社会福祉協議会 施設福祉課 宮川 行)

平成27年度 北海道ブロックカントリーミーティング 申込書

フリガナ		年齢	職種・役職	経験年数
氏名		歳		年 月
フリガナ		フリガナ		
施設名		法人名		
施設種別	特養 ・ 養護 ・ 軽費 ・ ケアハウス デイ ・ その他()	市町村名		
		電話番号		
道老協会員		道デイ協会員	非会員	※該当するものに○印を付けてください
分科会	第1分科会	第2分科会	第3分科会	
	※参加を希望する順に番号(1~3)を振ってください。参加できる分科会は1つです※			

事前アンケート

①分科会テーマについての施設・事業所の取り組みや課題等をお書きください。

分科会番号()

②施設・事業所で現在取り組んでいること、また、全国・道老協への提言等をお書きください。

ご記入いただいた個人情報は、カントリーミーティングの運営及び統計資料の作成以外に使用いたしません。

平成27年10月2日(金) 必着