

介護保険サービス事業者協議会 30/4/21

## 総会・研修会参加申込書

法人名 \_\_\_\_\_

No	参加者氏名	所属	参加の場合は○印を	
			総会	研修会
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

※ 総会・研修会に参加される場合には、「総会・研修会参加申込書」を  
平成30年4月17日(火)までに事務局へ送付してください。

≪事務局≫ 〒504-0912 各務原市那加桜町2丁目163番地 (各務原市社会福祉協議会内)  
TEL 058-383-7623 FAX 058-382-3233 メール shakyo@chive.ocn.ne.jp  
(担当:足立・松浦)