

平成 28 年 月 日

11 月 16 日(水) 各務原市事業者協議会
介護リスクマネジメント研修会 参加申込書

事業所名 _____

No	参加者氏名
1	
2	
3	
4	
5	

※ 研修会に参加される方は

「参加申込書」を **平成 28 年 11 月 8 日(火)**までに下記へ FAX 送付、メール送信のいずれかにてご返信ください。

《返信先》 〒504-0954 各務原那加栄町 10 番地

(社会福祉法人フェニックス リハビリデイサービス Com.Do 那加)

TEL 058-322-5757 FAX 058-322-5755 メール s-yoshikuni@phoenix-g.jp

(担当 : 通所事業部会長 吉国親吾)