一般社団法人千葉県老人保健施設協会

**kyougikai-jimukyoku @chiba-roken.jp**

　**7月29日開催**

**老人保健施設における基礎研修会参加申込書**

（名称）

施設名

（職種・資格）　　　　（氏　　名）

参加者名

千葉興業銀行　花見川支店　1091599

一般社団法人千葉県老人保健施設協会

振込人名を施設名でお願いします。

参加費

振込先

（振込口座の名義人名）

（振込日）

その他

7月20日（水）までにご連絡ください。

* 研修終了後にアンケートにご回答をお願い致します。
* 申込後、入金の確認の取れた施設に開催日7日前をめどにパスワード他をメールにてお送りいたします。一週間以内に返信がない場合は研修会申込み電話番号までお電話ください。

**研修会の問合せ　　　　　　TEL番号043-259-8435**