一般社団法人千葉県老人保健施設協会

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

　**10月11日開催**

**感染症研修会参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **施設名** |  |
| **参加者名** | **（職種）　　　　　　　　（資格）** |
| **参加費振込先** | 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。 |
| **その他** | （振込口座の名義人名）（振込日） |
| **質問事項** | 日頃の感染対策で困っていることなどお書きください。 |

**10月4日（火）までにご連絡ください。**

* 会場開催が出来なくなった場合には、Zoomでの研修に変更予定です。その場合は

メールにてパスワード他お送りいたします。

**研修会の問合せ　　　　　　TEL番号043-259-8435**