一般社団法人千葉県老人保健施設協会

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

**2月22日開催**

**リスクマネジメント研修会参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **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） |

**※2月17日（火）までにご連絡ください。**

**※参加申込後、当日の取り消しについては、参加費を頂くことになりますので予めご了承下さい。**

**研修会の問合せ　　　　　　TEL番号043-259-8435**