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**