

全国老人保健施設協会 実地研修 共通参加申込書

※別紙の各実地研修指定施設へ直接 FAX にてお申し込み下さい

◎研修会日時：各施設によって異なりますので、各施設の日程をご参照下さい。

ご希望の 実地研修指定施設						
申 込 日	月 日	都道府県		連絡担当者		
ふ り が な						
貴 施 設 名						
所 在 地	〒 ー					
電 話 番 号			F A X 番 号			
ふ り が な						
参 加 者 名						
性 別 ・ 年 齢	男・女（ ）歳		男・女（ ）歳		男・女（ ）歳	
老 健 勤 務 年 数	年		年		年	
役 職						
職 種						
受 講 状 況	基礎・中堅・なし		基礎・中堅・なし		基礎・中堅・なし	
来 所 予 定 交 通 手 段	公共交通機関・自動車・他		公共交通機関・自動車・他		公共交通機関・自動車・他	

詳細等につきましては各施設にお問合せ下さい。