公益社団法人全国老人保健施設協会　事務局

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	〒　－				
電 話 番 号		ＦＡＸ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。