グループホーム連絡会

ＦＡＸ　　　０４３－２４６－１７２２

「感染症対策研修」申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |
| 参加方法 | * 会場での受講
 | * オンラインでの受講
 |
| メールアドレス |  |
| * + オンラインでのご参加の場合は、メールアドレスを必ずご記入ください。
 |
| 参加者氏名 | 職種 | 介護経験 |
|  |  | 　　　　　年　　　　　ヶ月 |
|  |  | 　　　　　年　　　　　ヶ月 |

講師の先生へのご質問等ありましたらご記入下さい。