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。