

グループホーム連絡会

F A X 0 4 3 - 2 4 6 - 1 7 2 2

「メンタルヘルス対策」研修申込書

事業所名			
電話番号		F A X 番号	
メールアドレス			
参加者氏名	職 種	介護経験	
		年	ヶ月
		年	ヶ月

※ ZOOM の招待にメールアドレスが必要となりますので、必ずご記入ください。

講師の先生へのご質問などございましたらご記入下さい。

--