

出欠に関わらず、必ず期日までに返信して下さい。  
**【送信票不要】 締切日：平成 28 年 10 月 26 日（水）必着**

平成 28 年度 神戸介護老人保健施設協会  
 栄養・調理部会 研修会（H28.11.17 実施分）申込み用紙

施設名		所在ブロック	A・B・C・D
送信者氏名			
連絡先(FAX)		送信月日	月 日
( ) 研修会に参加します。→下表に参加者氏名等を記入してください。 ( ) 研修会に参加しません。→後日資料等を送付しますので、宛名表に記入してください。			
参加者氏名			
役職	職種	氏名	老健での勤務経験年数
			年
			年
—各ブロック返信先—			
Aブロック：神戸中央病院附属 介護老人保健施設 岸野 (FAX:595-2327) Bブロック：すま松の郷 池田 (FAX:741-8586) Cブロック：フローラルヴィラ垂水 前田 (FAX:755-0551) Dブロック：ケアホームすばる 福原 (FAX:858-6186)			

欠席される方は下記に必ず記入して送信ください

(宛名表)



住所	〒 ー
施設名	
氏名	様