

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29年4月12日(水)必着

平成29年度 神戸市介護老人保健施設協会
 栄養・調理部会 全体会兼研修会(H29.4.27実施分)申込用紙

施設名		所在ブロック	
送信者氏名		A・B・C・D	
連絡先(TEL)		連絡先(FAX)	
()全体会兼研修会に参加します。 →下表に参加者氏名等を記入して下さい。 ()全体会兼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下さい。			
参加者氏名			
役職	職種	氏名	老健での勤務経験
			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)			

欠席される方は必ず記入して送信して下さい。



宛名表

住所	(〒 -)
施設名	
氏名	様