

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 27 年 7 月 5 日（日）必着

平成 27 年度 神戸介護老人保健施設協会  
 栄養・調理部会 研修会（H27.7.17 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	ヨーグルトアレルギーの有無	車で来場の方
			あり ( )	運転する ( )
			なし ( )	同乗する ( )
			あり ( )	運転する ( )
			なし ( )	同乗する ( )
- 返信先 -				
平成 27 年度 神戸介護老人保健施設協会 栄養・調理部会 連絡網 各ブロック幹事宛 <u>Aブロック あすなろ旭 (FAX:581-1600)</u> <u>Bブロック グリーン7高倉 (FAX:735-7200)</u> <u>Cブロック アネシス兵庫 (FAX:652-8665)</u> <u>Dブロック 神戸長者町白寿苑 (FAX:646-9893)</u> *出席される方には後日、こちらから出席確認の連絡をさせていただきます。				

\*当日、試食としてヨーグルトの提供があります。アレルギーがある方は必ず記入してください。代替え品を用意して下さる予定です。また、車の台数確認も必要なため、お車の方（運転される方）は必ず記入してください。

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			