

神戸介護老人保健施設協会総会出欠通知（施設代表者様）

ご施設名 _____

ご芳名 _____

いずれかを○でお示してください。

平成 27 年 4 月 21 日（火）開催、神戸介護老人保健施設協会平成 27 年度総会に

1. ご 出 席

2. ご 欠 席

返送先：〒651-2113

神戸市西区伊川谷町有瀬字屋敷前 1432-1

ハーベスピア内「神戸老健協会」宛

TEL 078（976）2626

FAX 078（976）5818

委 任 状

平成 27 年 4 月 21 日（火）開催、神戸介護老人保健施設協会平成 27 年度総会の提案議題に関する一切の権限を、総会議長に委任いたします。

平成 年 月 日

氏 名

印

神戸介護老人保健施設協会平成 27 年度総会・懇親会

出欠通知

ご施設名 _____

ご担当者名 _____

神戸介護老人保健施設協会総会（平成 27 年 4 月 21 日開催）に下記のとおり出席します。

職 名	氏 名	総 会	懇親会

※会場準備の為、4月4日（土）までにご返信ください。

返送先：〒651-2113

神戸市西区伊川谷町有瀬字屋敷前 1432-1

ハーベスピア内「神戸老健協会」宛

TEL 078 (976) 2626

FAX 078 (976) 5818