

埼玉県ユニットケアフォローアップ研修受講申込書

法人名	
施設名	
施設所在地	
施設種別 (○で囲む)	特 養 ・ 老 健 ・ 短期入所
申込者①	役 職 ()
	氏 名 ()
申込者②	役 職 ()
	氏 名 ()
申込者③	役 職 ()
	氏 名 ()
連絡先	TEL : FAX : Eメール :

12月19日(木)締め切り

社会福祉法人真寿会 介護老人福祉施設真寿園
岩澤あて

FAX 049-234-8839

E-mail iwasawa@shinjukai.or.jp

※送信票は不要です。