

FAX 076 - 208 - 5760

石川県ホームヘルパー協議会 行

石川県ホームヘルパー協議会  
サービス提供責任者研修会参加申込書

申込日：令和元年 月 日

事業所名 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

FAX \_\_\_\_\_

No.	ふりがな	役職名	経験年数	会員・非会員 (○で囲んでください)
	氏名			会員・非会員 (○で囲んでください)
				会員・非会員 (○で囲んでください)
				会員・非会員 (○で囲んでください)
				会員・非会員 (○で囲んでください)
				会員・非会員 (○で囲んでください)
				会員・非会員 (○で囲んでください)
				会員・非会員 (○で囲んでください)

質問事項（講師に質問がありましたらご記入ください。）

申込締切 令和元年10月15日（火）