

(別紙1) 送付票は付けずこの用紙のみFAXください。

送信枚数 1 枚

## 参加申込書

申込日	年	月	日
送信先	一般社団法人 滋賀県介護老人保健施設協会 事務局 宛		
	FAX	0 7 7 - 5 9 9 - 4 6 0 2	
	Email	shiga.intl@lake.ocn.ne.jp	
連絡先 TEL 077-599-4601 (担当 足立)			

「令和3年度滋賀県介護保険サービス事業所業務改善支援事業 報告会」に参加を申し込みます。

日時 令和4年3月17日(木) 13:30～

会場 フェリエ南草津(草津市民交流プラザ) 5F 大会議室 または ZOOM

いずれかに○をしてください。

- ・ 会場参加
- ・ オンライン参加

事業所名		
連絡先(TEL)		
メールアドレス		
参加者名	①	( 職種 )
	②	( 職種 )
	③	( 職種 )
	④	( 職種 )
	⑤	( 職種 )

※複数名でお申込みの場合、連絡事項などは①の方へメールまたは電話でご連絡いたします。

※メールアドレスは英文字(大小)、数字、記号など判りやすく明記ください。