**医療対応型特別養護老人ホーム**

**令和５年度　第１回スキルアップ研修**

参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| **氏名又は****代表者名** | **（ふりがな）** |
|  |
| **連絡先** | **□勤務先** | **勤務先名：** |
| **TEL：** |
| **FAX：** |
| **□その他** | **□自宅　　　　　　　□その他** |
| **TEL：** |
| **FAX：** |
| **参加者氏名** |  |
| **参**加**者氏名** |  |
| **参加者氏名** |  |

※本申込書にご記入いただきました個人情報については、研修の受付管理事務等に利用し、その他の目的で利用することはございません。

送信先

kyoen-fukushi@kyoenkai.or.jp

ひびのファミリア

【お問い合わせ先】

社会福祉法人杏園福祉会　ひびのファミリア

（担当：大矢、河内）

〒456-0074　名古屋市熱田区比々野町２７番地

TEL：052-681-0311