

医療対応型特別養護老人ホーム

令和8年度 第1回スキルアップ研修

参加申込書

申し込み 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 (代表者は再掲)		
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ありません。

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