

令和7年度熊本県介護職員確保支援事業

熊本県ホームヘルパー協議会ノーリフティングケア研修会

【山鹿会場】 12月12日開催分

◎2次元バーコード↓



◎FAXでのお申し込み

事業所名 _____

担当者名 _____

TEL : _____ FAX : _____

MAIL : _____

※↑必ずご記入ください

	氏名	職名	備考
1			
2			
3			

*記入欄が不足する場合は、コピーしてお使いください。

*参加申込書に記載された個人情報は、本研修会の運営管理の目的のみ利用いたします。

介護技術に関して講師への質問事項がありましたらご記入ください。