

※送信票は不要です。 提出期限:令和6年12月6日(金)

令和6年度 熊本県ホームヘルパー協議会
ノーリフト研修会(阿蘇) 参加申込書

事業所名 _____

担当者名 _____

電話: _____ ファックス: _____

メールアドレス: _____

参加希望者

	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御記入ください。

--