

令和△年度山口県老人保健施設協議会

第◇回 ●●●●部会研修会
参加申込書

施設名	
-----	--

参加者氏名	担当(○を付けて下さい)	経験年数
	入所 ・ 通所 ・ 短期入所	年
	入所 ・ 通所 ・ 短期入所	年
	入所 ・ 通所 ・ 短期入所	年
	入所 ・ 通所 ・ 短期入所	年

※＜個人情報の利用目的＞

個人情報保護に関する法律に基づき、当方が個人情報を直接、または間接的に取得する場合、本会の運営目的の達成に必要な範囲のみで利用いたします。

[送付先]

介護老人保健施設 ○○○苑
担当： ××× ××

FAX	083-○○○-○○○○
-----	--------------