

FAX番号 055-989-5557

申込締切：8月4日（金）

平成29年度がんの介護実践研修会 申込書

勤務先名： _____

勤務先住所：(〒 _____) _____

連絡先： TEL _____ FAX _____

メールアドレス(代表者)： _____

(ふりがな)	職 種
氏 名	(介護福祉士・ヘルパー等)

※ 看護職の方には、別途、看護師対象の研修会をご案内しますので、そちらを受講いただきますようお願いいたします。