

F A X : 0 8 8 - 6 5 4 - 9 2 5 0
徳島県市町村社会福祉協議会 安村行き (送信状不要)

適正な在宅福祉サービス事業の運営に関する研修会 参加申込書

所属：_____

役職：_____

氏名：_____

氏名	役職 (部署等)	情報交換会 希望番号	備考

※情報交換会は、各サービス種別ごとにグループ分けし、話し合ってください。参加希望のグループを下記から選択してください。

①訪問介護②通所介護③居宅介護支援

質疑応答で聞きたい内容を御自由に御記載ください。

※ お手数ですが、来る8月16日 (金) までに御連絡ください。