

ひまわり居宅介護支援事業部

0154-24-2139

(1)の番号をお知らせください

参加申込 平成28年1月22日(金)まで

所属名		
電 話		F A X
Eメール		
参加者氏名	職 種	出欠を○で囲む
1		研修会に 参加 ・ 欠席
		懇親会に 参加 ・ 欠席
2		研修会に 参加 ・ 欠席
		懇親会に 参加 ・ 欠席
3		研修会に 参加 ・ 欠席
		懇親会に 参加 ・ 欠席
4		研修会に 参加 ・ 欠席
		懇親会に 参加 ・ 欠席
5		研修会に 参加 ・ 欠席
		懇親会に 参加 ・ 欠席

※ 複数名参加の場合は、代表者に○印をお願いします。※ Eメールアドレスもお忘れなく記載ください。

今回もちろん研修会のあとに、懇親会を企画しております。

研修会で語りつくせなかったこと、更に本音で語りたい、などなど明日への活力になる時間となると思います。ぜひ、懇親会の参加をお待ちしております。詳しい場所・時間・会費については、当日研修会でお知らせします(場所は未広方面を予定しています)。