一般社団法人千葉県老人保健施設協会

**kyougikai-jimukyoku @chiba-roken.jp**

　**4**月**16**日（火）開催

**介護報酬改定研修会参加申込書**

施設名

（職種・資格）　　（氏　名）

参加者名

* **4月11日（木）までにご連絡ください。**
* **参加申込後、当日の取り消しについては、参加費を頂くことになりますので予めご了承下さい。**

**研修会の問合せ　　　　　　TEL番号043-259-8435**