

(財)大阪府地域福祉推進財団 振興課 御中

F A X 06 - 4304 - 2941 F A X 番号を間違えないようにご注意ください

感染症・食中毒防止対策研修会申込書

(研修当日、この申込書を必ず持参してください)

平成18年 月 日

事業者番号	
法人名	
事業所名	
住所	
電話番号	
F A X 番号	

* 受講日欄は、参加ご希望日に 印をおつけ下さい。

フリガナ		受講日	11月1日(水) 10:00~12:00 堺市総合福祉会館
受講者氏名			11月7日(火) 13:30~15:30 大阪市中央区民センター
職 種			
感染症・食中毒に関する、質問があればご記入ください			

- * この研修は、通所介護・短期入所生活介護のサービスを提供する事業者（社会福祉法人経営の事業所を除く）と、認知症対応型共同生活介護事業者（社会福祉法人経営の事業所を含む）を対象としています。
- * 複数名での参加を希望する事業所は、この申込書をコピーして使用してください。
- * 申込は先着順とし、定員に達し次第受付を締め切ります。
- * 研修当日、会場で質疑応答の時間を設けることができませんので、事前にご質問のある方はご記入ください。なお、全てのご質問について回答できない場合もありますので、予めご了解ください。
- * 申込書に記載された個人情報については、個人情報保護関係法令を遵守し、本研修の実施事務以外には使用いたしません。

整理番号 _____

介護保険事業者支援センターHP