

6/6 17:15
申込〆切

回答書

こうち介護カフェ vol.19

「こうち介護カフェ」実行委員会
(高知市介護保険課事業係 FAX:088-824-8390)宛て

ふりがな	事業所／所属 (etc.学生・一般)	電話 メールアドレス※必須項目
お名前	職種	
ふりがな	事業所／所属	電話:
お名前	職種	メール:

下記について、参加の可否に○をつけてください。
また、不参加の場合は理由をできる限りご記載ください。

① こうち介護カフェ vol.19 18:00~19:30 参加 or 不参加

不参加の方は下記の不参加理由に○をつけてください。

- 1.日程が合わない 2.興味がない 3.知り合いがいないので不安
4.その他()

その他自由意見(こうち介護カフェで取り組んでほしいもの等)

ご協力ありがとうございました。