

10/3 17:15
申込〆切

回答書

こうち介護カフェ vol.21

介護カフェにご参加いただける

場合は回答書にご記入のうえ、ご提出をお願いいたします。

不参加の場合は提出の必要はございません。

「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	電話
お名前	職種	メールアドレス※必須項目
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、介護カフェ・懇親会の両方に参加か、いずれかに○をお願いします。

☐ こうち介護カフェ vol.21 のみ 参加

☐ こうち介護カフェ vol.21 と有志による懇親会 両方 参加

☐ 有志による懇親会 のみ 参加