令和5年度　訪問型サービスC従事者研修会申込書

高知市基幹型地域包括支援センター　小川・安部　行
（FAX：821－6088）

※必要事項をご記入のうえ，令和5年8月18日（金）までにFAXにてお申込みください。

所属	
連絡先	TEL：　　FAX：
記入者氏名	

研修日時・場所

日　　時	令和5年8月30日（水）　18:30～20:30
場　　所	高知市総合あんしんセンター3階大会議室（高知市丸の内1丁目7－45）

参加者氏名	職　種	経験年数

問合せ、申込み先
〒780-0065　高知市塩田町18番10号
高知市保健福祉センター１階
高知市基幹型地域包括支援センター　担当：小川・安部
TEL：088-823-4014　FAX：088-821-6088