施設経営者等課題研修受講申込書

　　　　施設名

○　受講申込者

|  |  |
| --- | --- |
| 職　名 |  氏　名 |
|  |  |
|  |  |

※　申込先　　一般社団法人神奈川県高齢者福祉施設協議会

　　　　　　　　　　　　事務局　ＦＡＸ　０４５－３１１－８７６８

 メールアドレス：koureikyo@kanagawa-koueikyo.or.jp

※　申込締切日　令和５年9月25日(月)