介護施設での多職種協働　申込書

 施設名

 連絡先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 職種 | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 送付先　神奈川県高齢者福祉施設協議会　FAX　０４５－３１１－８７６８

 E-mail koureikyo@kanagawa-koureikyo.or.jp

 　　 **締切　11月20日(水)**