※（注意）ご案内に記載のアドレス（[**iba-kaigo.2@cb.wakwak.com**](mailto:iba-kaigo.2@cb.wakwak.com)**）**へメールで

お申し込みください。

**（一社）茨城県福祉サービス振興会　行**【申込日】令和３年　　月　　日

**令和３年度介護保険制度講演会申込書**

（申込締切：令和３年１月29日）

（非会員用）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | |  | | | | |
| 所在地 | | 〒 | | | | |
| 電　話 | |  | | FAX | |  |
| 講演会参加者  （メールアドレスは、受講決定通知、配信URL及び講演会資料送付用） | | | | | | |
| 氏名 |  | | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | |  | |
| 氏名 |  | | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | |  | |
| 氏名 |  | | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | |  | |
| 氏名 |  | | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | |  | |
| 氏名 |  | | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | |  | |

【お問い合わせ】ＴＥＬ：０２９－２４1－6939