

平成 年 月 日

平成22年度京都府ユニットケア施設研修参加申込書

施設名： _____ TEL： _____

記入ご担当者名： _____ FAX： _____

《ユニットケアの取組状況》

実施中	準備中
(年 月より開始)	(年 月頃より予定)

(※ 上記のいずれかに○印、また () 内をご記入ください。)

【ユニットリーダー研修申込者】

氏名 (フリガナ)	職名	優先順位	テキスト 購入数

※管理者の受講歴を必ずご記入ください。追って、受講要件確認のために問い合わせをさせていただきます場合があります。

氏名 (フリガナ)	受講年次	研修名

※申込締切りは、8月20日(金)です。

この申込書は、下記受付欄に受理印を押印後、府老協事務局より8月20日(金)までに返信いたします。
もしもそれまでに返信がない場合は、府老協事務局(075-802-4642)までご連絡ください。

府老協受付印
平成22年 月 日受付

送信先：京都府老人福祉施設協議会事務局 (Fax 075-802-4699)

★送信表をつけず、この用紙のみお送り下さい。