**FAX：0191-48-5121**

**E-mail:i3syukaij15@vesta.ocn.ne.jp**

一般社団法人岩手県介護老人保健施設協会事務局　宛

**『**介護施設職員のACPセミナー**』**

参加申込書

施設名

参加者代表氏名

【参加者】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 職　名 | 氏　名 |  |
| 1 |  |  | ・実地受講希望 |
| 2 |  |  | ・実地受講希望 |
| 3 |  |  | ・実地受講希望 |
| 4 |  |  | ・実地受講希望 |
| 5 |  |  | ・実地受講希望 |
| 6 |  |  | ・実地受講希望 |
| 7 |  |  | ・実地受講希望 |

（実地受講を希望する方は「実地受講希望」に〇を付けて下さい）

貴施設の

|  |  |
| --- | --- |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| E-mail |  |

* 実地受講希望者には入場整理券を、オンデマンド受講者希望者には視聴のためのURLをメールで配信いたします。

なお、実地受講者は人数制限があります。定員になった場合は、オンデマンドで受講

　　して頂きますことご承知おき下さい。