

《令和5年8月18日開催研修会用》

高知県通所サービス事業所連絡協議会 研修会 参加申込書

所属施設・団体名等 _____

連絡先 電話番号： _____ FAX _____

会員区分 会員・非会員 ※会員に入会：希望する・希望しない

※入会希望事業所には、後日会員申込書を送付いたします。

	氏名	職種	役職
例	とさ たろう	生活相談員	管理者
	土佐 太郎		
1			
2			
3			

※必要事項を記入のうえ、令和5年8月16日（月）までに、高知県通所サービス事業所連絡協議会事務局宛に FAX でお申し込みください。（FAX：088-881-7539）

※申込書により知り得た個人情報は参加管理にのみ使用し、外部に漏洩することはありません。

<新型コロナウイルス感染症に関する対応について>

- 研修時にはマスク着用にご協力下さい。また、うがい・手洗い・手指消毒など感染症予防にも努めていただくようお願いします。
- 隣席との座席間隔を空けた体制で行います。
- 会場内では、定期的な室内換気を実施します。
- 受付または受講時の検温等の状況によって、受講をお断りする場合があります。

【高知県通所サービス事業所連絡協議会】

株式会社 Life change 陽だまり（担当：細川）

FAX：088-881-7539

Mail：info@kochi-dsolc.com