

○送付先

【西部島根医療福祉センター】FAX:0855-52-0344

※添書不要【申込〆切:8月27日(金)】

令和3年度 島根県医療的ケア児等コーディネーター養成研修 受講申込書

ふりがな		生年月日
氏名		昭和 年 月 日 平成
職種 (役職)	()	
勤務先 (通知書送付先)	法人名	
	事業所名	
	所在地等	〒 TEL: 申込担当者() FAX:
ZOOM招待メール等 連絡用E-mailアドレス		
いずれかに○を 付けてください	全日程参加 [前期:9/29(水)~9/30(木) 後期:10/14(木)~10/15(金)]	
	前期のみ参加 [前期:9/29(水)~9/30(木)]	

【注意事項】

※後期(演習)のみの参加は出来ません。

※記載不要(事務局確認欄)

受付日	令和3年 月 日
-----	----------