

鹿児島県知的障害者福祉協会事務局行き
FAX 099-250-9358

施設名・事業所 _____ 連絡先 _____

「グループホーム事業所研修会」参加申込書

標記については下記の通りです。

グループホーム名	氏名	職種	昼食弁当 (¥700)
		1・世話人	
		2・サービス管理責任者	
		3・支援員	
		4・その他()	
		1・世話人	
		2・サービス管理責任者	
		3・支援員	
		4・その他()	
		1・世話人	
		2・サービス管理責任者	
		3・支援員	
		4・その他()	

※出席の方は氏名のご記入、昼食をご希望の方は○印をご記入ください。

※職種別にグループディスカッションを行いますので、職種に○印をご記入ください。

★資料の準備等がございますので、2月10日(月)まで出席の有無をFAXにて事務局までお知らせください。