ＦＡＸ可（０８９－９２１－３３９８）　愛媛県社会福祉協議会　福祉人材部　長寿推進課　菅野行（送信紙不要）

令和６年度 愛媛県ノーリフティングケア普及啓発事業 管理者研修

～ノーリフティングケアの導入～

参　加　申　込　書

令和　　年　　月　　日

【申込団体等】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称 |  | 申込担当者 |  |
| 団体等所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ番号 |  |

【参加方法】　※下記のいずれかに☑のうえ、必要事項の記入をお願いします。

□ 会場参加（愛媛県総合社会福祉会館　２階　多目的ホール）

　　 ⇒会場で参加される方の氏名等をご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 団体名等  （申込団体と同じ場合は記入不要） | 役職名  （無い場合は記入不要） | 氏　名 | 備　考 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |

※会場での参加をお申込みいただいた方は、当日、直接会場までお越しください。

　　　　（本研修では、参加の決定通知等は 送付しません。）

　　□ オンライン参加(Zoomミーティング)

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(大文字や小文字、数字との区別がわかりやすいようにご記入ください。)

　　　⇒招待メール送信先：

　　　　　※複数台のパソコンからのログインを希望する場合は、本申込書をコピーして、それぞれにお申込み　　ください。

【質 問 等】

|  |
| --- |
| 質問等がございましたら、ご記入ください。 |
|  |

**申込期限：令和６年５月３１日（金）**