(別紙様式)ファクシミリ施行　添書不要

**平成２８年１０月２５日（火）必着**

**あて先：宮城県老人福祉施設協議会事務局**

**FAX：022-302-7233**

|  |
| --- |
| 宮城県老人福祉施設協議会平成２８年度「看取りケア研修」受講申込書 |

**発信日　平成２８年　　月　　日**

　　　　　　　　　　　　　**［発 信 者］**

|  |  |
| --- | --- |
| **法 人 名** |  |
| **施 設 名** |  |
| **担 当 者** |  |
| **電話番号** |  |
| **FAX番号** |  |
| **E-mail** |  |

**平成２８年度「看取りケア研修」の受講を下記のとおり申し込みます。**

|  |  |
| --- | --- |
| **職　名** | **氏　　名** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |