

【FAX：097-552-6868】 提出期限：10月20日(水)

※ 本表のみFAX送信してください。(別途、送信票等は不要です。)

大分県社会福祉介護研修センター 小原 あて

令和3年度大分県ノーリフティングケア先進施設研修参加申込書

1 施設名 ()

2 参加者

職名	氏名	備考

3 希望する研修(希望欄に、第一希望①、第二希望②、第三希望③を記入してください。)

先進施設名	研修日		研修時間	定員	希望欄
特別養護老人ホーム Greenガーデン南大分	第1回	11月10日(水)	10:00~16:00	6名	
	第2回	12月15日(水)	10:00~16:00	6名	
特別養護老人ホーム 若葉苑	第1回	2月14日(月)	10:00~16:00	4名	
	第2回	3月7日(月)	10:00~16:00	4名	
特別養護老人ホーム 荻の苑	第1回	1月21日(金)	10:00~16:00	4名	
	第2回	2月18日(金)	10:00~16:00	4名	
特別養護老人ホーム 四季の郷	第1回	11月15日(月)	10:00~16:00	4名	
	第2回	1月18日(火)	10:00~16:00	4名	
特別養護老人ホーム 玖珠園	第1回	11月17日(水)	10:30~16:30	4名	
	第2回	2月16日(水)	10:30~16:30	4名	