**平成2９年度　ブロック助成事業**

**事例発表大会　参加申込書**

下記内容に必要事項を記入し、申込書のみFAX送信してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者氏名 | 所属・役職等 | 大会当日昼食弁当申込（○を記入してください） | 備考 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

事業所名

申込送信日　　　平成　　年　　月　　日

申込責任者

連　絡　先

大会昼食弁当：1食　1,000円

　　　　　　　　※キャンセルの場合は事務局までご連絡をお願い致します。

　　　　　　　　　９月１５日以降のキャンセルは料金をいただくことになります。

**参加・お弁当申込締切：平成2９年９月１５日（金）**

**FAX送信先：０１４３－８３－３８１８**

お申込先：大会事務局

特定医療法人社団千寿会　グループホームみずばしょう

担当：荒川

☎0143-83-5728　FAX0143-83-3818