

個室ユニット型推進協議会
長野県支部設立記念講演会参加申込書

平成 29 年 9 月 4 日（月）に開催される表記講演会に、下記のとおり申し込みます。
会費：会員の皆様は無料です。非会員の方は、一人 3,000 円（当日徴収）
尚、当日まで全国個室ユニット型推進協議会に加入された方は無料です。

施設名

会員の有無

担当者氏名

連絡先 FAX

| 氏 名 | 役職 | 総会（会員） | 会員以外で 見学希望の方○を |
|-----|----|--------|-------------------|
| | | 出席・欠席 | |
| | | 出席・欠席 | |
| | | 出席・欠席 | |

※氏名を記入し、該当するところに○印をお願いします。

今後長野県支部からの情報提供を望む場合は下記へ記入願います。

1、職・氏名：

2. メールアドレス：

3、施設名：

送信先：ハートフルケアたてしな・すずらん

FAX：0267-56-3665