

受講申込書

申込日 年 月 日

フリガナ			
事業所名			
事業所所在地	〒		
電話番号		携帯電話	
受講者名①			職種/役職
受講者名②			職種/役職
受講者名③			職種/役職

日時 令和8年 **3月17日** (火) 13:30~15:30

場所 特別養護老人ホーム同行園 地域交流室 (宇美町貴船 1-2-3)

対象 宇美町をサービス提供地域とする事業所の職員

参加費 **無料**

定員 30名

申込方法 電話または FAX にてお申込みください。

申込期限 令和8年3月13日 (金) まで (定員になり次第締切)

申込/問い合わせ先 宇美町社会福祉協議会 (宇美町宇美 2丁目 1-11)
TEL931-1008/FAX931-1009