

介護サービス自己評価実施ガイドライン（福祉用具サービス）説明会
参加申込書

（FAXまたは郵送でご提出ください。）

申込み先: 滋賀県医療福祉推進課 今井 あて

送信先FAX番号: **077-528-4851**

郵送の場合の送付先: 〒520-8577 大津市京町四丁目1-1

滋賀県医療福祉推進課 今井 あて

申込み締切日: **平成26年6月17日(火)**

※ 会場の収容人数の都合上、参加者は1事業所につき1名までとさせていただきます。
※ この申込書に記載された事業所名および参加者名につきましては、説明会当日の受付名簿に記載させていただきます。なお、この申込書の記載内容は、説明会以外の用途では一切使用しません。

事業所名	
出席者氏名	
事業所住所	
事業所TEL	
事業所FAX	
備考	