石巻市介護サービス事業所等研修申込書

（申し込み先）

　保健福祉部介護福祉課　高齢福祉係

　　ＴＥＬ 0225-95-1111（内線2437)

FAX　0225-92-5791

　　ｍａｉｌ　[iscareins@city.ishinomaki.lg.jp](mailto:iscareins@city.ishinomaki.lg.jp)

下記の必要事項を記入してＦＡＸまたはＥメールでお申し込みください

|  |  |
| --- | --- |
| 年　　　月　　　日  石巻市長　　殿  団体名  代表者住所  申込者  代表者氏名  代表者電話番号  石巻市介護サービス事業所研修について次のとおり申し込みます。 | |
| 研　　　修　　　名 |  |
| 開催日時 | 午前・午後　　　　時　　　分から  　　　年　　　月　　　日　（　　）  午前・午後　　　　時　　　分まで |
| 参加者予定人数 |  |
| 開催場所 |  |
| 担当者名 | （研修内容の具体的な打合せをする担当者について記入してください） |
| 担当部局名 | （市で記入） |

備考：太枠内のみ記入してください。