（様式）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 送信先宮城県老人保健施設連絡協議会　　 事務局　宛**FAX０２２－２８１－３３０８** | 件　名令和３年度宮城県介護職員合同入職式参加申込について | 発信日令和 年 月　　日発信者 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業所名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（電話番号）

Emailアドレス　　　　　　 　@

１．出席者について（引率者含む）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏　名 | 年齢 | 職種 | 参加又は引率（いずれかに〇） | 所持資格（無資格者・引率者は不要） |
| 1 |  |  |  | 参加　・　引率 |  |
| 2 |  |  |  | 参加　・　引率 |  |
| 3 |  |  |  | 参加　・　引率 |  |
| 4 |  |  |  | 参加　・　引率 |  |
| 5 |  |  |  | 参加　・　引率 |  |

２　その他

　ご意見・留意点等ございましたら，ご記入願います。