

令和 3 年度 「介護の日」在宅介護シンポジウム 参加申込書

| | |
|----------|---|
| 参加者氏名必須 | 姓 <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/> 名 <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/> |
| ふりがな必須 | 姓 <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/> 名 <input style="width: 150px; height: 25px;" type="text"/> |
| 施設・団体名必須 | <input style="width: 95%; height: 35px;" type="text"/> |
| 対象区分必須 | <p>○在宅介護者 ○当事者団体</p> <p>○市町村(行政)</p> <p>○地域包括支援センター</p> <p>○在宅介護支援センター</p> <p>○社会福祉施設 ○市町村社会福祉協議会</p> <p>○民生委員・児童委員</p> <p>○高齢者団体関係者など</p> <p>○その他 ※その他を選択された場合は、下にご記入下さい</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; height: 60px; margin-top: 10px;"></div> |
| ご連絡先必須 | <input style="width: 95%; height: 35px;" type="text"/> |

送信先

沖縄県社会福祉協議会 沖縄県介護実習・普及センター 東棟 1F

FAX:098-882-1486

お問い合わせ先 TEL:098-882-1484