**（島根県介護従事者地域研修事業）**

**新入職員研修会**

**参加申込書**

**事業所名：**

**担当者：**

**連絡先：**

**出席者**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込先圏域名 | NO | 氏　名 | 職名 | 経験年数 | 弁当  （〇か×） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※弁当については隠岐圏域及び大田圏域のみです。

【申し込み先】

①松江圏域 　（特養）すまいる苑　　 Fax：0852-27-4301

②雲南圏域　 （特養）笑寿苑　　　　 Fax：0854-49-6926

③出雲圏域 　（特養）みせんの里　 　Fax：0853-53-2755

④大田圏域　 　ケアハウスビラおおだ Fax：0854-82-9379

⑤浜田圏域 　（特養）白寿園　　　　　 Fax：0855-52-0207

⑥益田圏域 　　特定ケアハウスたかつ　 Fax：0856-31-1306

⑦隠岐圏域 　（特養）和光苑　　　　 Fax：08514-7-8977