

令和6年度 高知県多職種協働によるケアマネジメント 実践研修会参加申込み書

【参加者】

所 属	職 種	氏 名	参加方法 ※該当に○	TEL	メールアドレス
			会場・ZOOM		
			会場・ZOOM		
			会場・ZOOM		
			会場・ZOOM		
			会場・ZOOM		

※資料の送付や連絡事項などお知らせする場合がありますので、メールアドレスもご記載下さい。

※ZOOM参加の場合、研修資料等についての誓約書を一緒に提出してください。

【送付先・お問い合わせ】

●担当：高知県子ども・福祉政策部 長寿社会課
介護保険担当 川崎・柴田

●T E L : 088-823-9681

●FAX : 088-823-9259

●MAIL: 0 6 0 2 0 1 @ken.pref.kochi.lg.jp