

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。

【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

●TEL：088-823-9681

●FAX：088-823-9259

●MAIL:060201@ken.pref.kochi.lg.jp