別紙２

(送付文不要)

三条市地域包括ケア総合推進センター　　宛て

ＦＡＸ　４７‐１３７６　　申込期限11月10日(金)必着

**「アドバンス・ケア・プランニング(ACP)研修会」参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 参加申込代表者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| F　A　X　番　号 |  |
| メールアドレス |  |

●　参加を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 職　　種 | フリガナ  参加者氏名 |
|  |  |
|  |  |