# 参　加　申　込　書（兼FAX送信票）

平成　　年　　月　　日

## 第4回帯広市ケアマネ連協学習会　参加申し込みについて

**送付先**　**帯広市介護支援専門員連絡協議会　担当者**

FAX　0155－21－3240

**発信枚数**　**送信票含め　　1　　枚**

標記学習会に下記の通り参加申し込みいたします。

| 氏　　名 | 所　　属 | 備　　考 |
|---|---|---|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |