

医療生活協同組合やまがた「介護の仕事体験 しるけあ」参加申込み書

no,	参加者名	連絡先
1	氏名	住所: 連絡先:
2	氏名	住所: 連絡先:
3	氏名	住所: 連絡先:
4	氏名	住所: 連絡先:
5	氏名	住所: 連絡先:
6	氏名	住所: 連絡先:
7	氏名	住所: 連絡先:
8	氏名	住所: 連絡先:
9	氏名	住所: 連絡先:
10	氏名	住所: 連絡先:

*申し込みは7月15日まで FAX でお願ひします。

申し込み先

医療生活協同組合やまがた

介護療養型老人保健施設せせらぎ

担当 高山 勝也

TEL : 0235-28-2160 FAX : 0235-28-2161

E-mail : k.takayama@shonai-mcoop.jp