

有老及びサ高住職員に対する感染症対策のための研修会

出席報告書

氏名				
職種 (し点を付すか、 黒塗りしてください)	<input type="checkbox"/> 施設長 <input type="checkbox"/> 感染対策の中心となる職員 (「看護師」「〇〇主任」等の職名)			
希望会場 (〇を付してください)	開催日・場所		第1希望	第2希望
	7月21日(火)	群馬会館	前橋市	
	7月28日(火)	エアリスホール	太田市	
	7月30日(木)	高崎市市民活動センター・ソシアス	高崎市	
	8月3日(月)	伊勢崎市役所	伊勢崎市	
施設種別 (し点を付すか、 黒塗りしてください)	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅			
事業所名称				
所在地	〒			
法人名 (事業者名)				
電話番号	(担当者:)			
備考				

群馬県介護高齢課 保健・居住施設係 宛て FAX:027-223-6725
MAIL:kaigo-kiban@pref.gunma.lg.jp

- ※ 提出期限 令和2年7月3日(金)
- ※ FAXかメールにて御報告ください。
- ※ FAXの場合、送付状は不要です。