石川県能登半島地震の大災害を通しての災害研修　参加申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| メールアドレス（※必須） |  |
| 参加者氏名 |  |
|  |
|  |
| 質問 |  |

一般社団法人愛知県認知症グループホーム連絡協議会事務局　行

**FAX： ０５３２-５４-３５１４**

※申込み締切：２０２4年12月13日（金）