※　内容を記入し，当日受付に提出してください

**平成27年度第2回介護サービス事業者集団指導研修**

**当　日　受　付　票**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 事業所名 |  |
| 出席者(※1) | 役職 |  |
| 氏名 |  |
| 会場名(※2) |  | ・3/15午前 広島会場(西区民文化センター) |
|  | ・3/15午後 広島会場(西区民文化センター) |
|  | ・3/16　三次会場(みよしまちづくりセンター) |
|  | ・3/17呉会場(呉市民ホール) |
|  | ・3/18　午前　福山会場(県民文化センターふくやま) |
|  | ・3/18　午後　福山会場(県民文化センターふくやま) |

(※1)　複数人出席の場合には，複数人の氏名を記入してください。

(※2)　いずれかに〇をしてください。