

## 神戸介護老人保健施設協会総会出欠通知（施設代表者様）

ご施設名 \_\_\_\_\_

ご芳名 \_\_\_\_\_

いずれかを○でお示してください。

平成27年4月21日（火）開催、神戸介護老人保健施設協会平成27年度総会に

1.   ご出席

2.   ご欠席

返送先：〒651-2113

神戸市西区伊川谷町有瀬字屋敷前 1432-1

ハーベスピア内「神戸老健協会」宛

TEL 078 (976) 2626

FAX 078 (976) 5818

---

### 委任状

平成27年4月21日（火）開催、神戸介護老人保健施設協会平成27年度総会の提案議題に関する一切の権限を、総会議長に委任いたします。

平成   年   月   日

氏 名

印

## 神戸介護老人保健施設協会平成 27 年度総会・懇親会

## 出欠通知

ご施設名 \_\_\_\_\_

ご担当者名 \_\_\_\_\_

神戸介護老人保健施設協会総会（平成 27 年 4 月 21 日開催）に下記のとおり出席します。

職 名	氏 名	総 会	懇親会

※会場準備の為、4月4日（土）までにご返信ください。

返送先：〒651-2113

神戸市西区伊川谷町有瀬字屋敷前 1432-1

ハーベスピア内「神戸老健協会」宛

TEL 078 (976) 2626

FAX 078 (976) 5818