

神戸介護老人保健施設協会 平成 29 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・懇親会（平成 29 年 4 月 18 日開催）に

1. ご出席

2. ご欠席

出席される方の職名、氏名の記入をお願いいたします。

また、出席される会に○をおつけください。

職 名	氏 名	総 会	懇親会
(施設代表者様)			

※会場準備の為、3月31日（金）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