

FAX
096-351-3756

体験展示場見学申込書

【事業所情報】

事業所名 又は 法人名	
所在地	〒
ご担当者名	
参加人数	名
TEL	
メールアドレス	

ご希望日を第三希望までご記入ください。

第一希望	令和 年 月 日 : ~ :
第二希望	令和 年 月 日 : ~ :
第三希望	令和 年 月 日 : ~ :

興味のある機器に○をお願いします。

- ・ 移乗支援・移動支援・排泄支援・見守り・コミュニケーション
- ・ 入浴支援・介護業務支援

その他要望等

--

くまもと介護テクノロジー・業務改善サポートセンター

(公益財団法人 介護労働安定センター熊本支部内)

熊本市中央区花畑町1-1 大樹生命熊本ビル2階

TEL (096) 351-3726 FAX (096) 351-3756

(当会場には駐車場がございません。公共交通機関または近隣の有料駐車場をご利用ください)