

長岡市ケアプランデータ連携システム説明会 参加申込書

法人・事業所名 自治体名	
ご担当者名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス（任意）	

日 程

令和7年10月23日（木）

①10時～ ②11時30分～ ③13時30分～ ④15時～

申込内容

	参加枠（○を1つつけてください）				参加代表者名 （カタカナ）	人数
	①	②	③	④		
内容						

※上記日程の中から参加を希望される枠に1つマルをつけてください。

※参加代表者名はカタカナで記載してください。

令和7年10月3日（金）までにFAXまたはE-mailにてご解答をお願いします。FAX : 025-285-3350E-mail : kaigo@niigata-kokuho.or.jp