

第 27 回岩手県介護老人保健施設大会

大会参加申込について

大会参加申し込みについて、下記 URL または QR コードから参加申込フォームへ必要事項をご記入お願いいたします。

第 27 回岩手県介護老人保健施設大会 参加申込フォーム

URL (Ctrl キーを押しながらクリックすると、申込フォームが開きます)

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSdP_SLohQFoWI0Py6Da3-1SX-RzRUXlCebXhJJQEKqxKJ9MJw/viewform?usp=sharing&ouid=116588456841136087492

QR コード (スマートフォン等で読み込んでください)



※大会参加申込期間：令和 8 年 5 月 18 日 (月) ～令和 8 年 7 月 31 日 (金)

※大会参加費：1 名につき 1, 0 0 0 円

※昼食弁当代 (希望者のみ)：1, 5 0 0 円

※大会参加費等は以下の口座に振り込みをお願いします

一関信用金庫 山目支店 普通口座 1231703
一般社団法人岩手県介護老人保健施設協会
代表理事 長澤 茂

※大会経費振込期間：令和 8 年 5 月 18 日 (月) ～令和 8 年 8 月 7 日 (金)

※振込の際の差出人名は「老健〇〇」や「介護老人保健施設〇〇」ではなく、施設の名称「〇〇」のみ記入して下さい。なお、振込手数料は各施設でご負担くださいますようお願い申し上げます。

第 2 7 回介護老人保健施設大会 参加受付担当施設	介護老人保健施設こずやサンブルク 〒028-5221 岩手県二戸郡一戸町小鳥谷野中 2 1 TEL：0195-34-2006 FAX：0195-34-2007 E-Mail： ksb1n@aurora.ocn.ne.jp
-------------------------------	---