

F A X 番 号

06-6943-0571

ケアマネジメント実務の手引き伝達研修

「施設ケアマネジメント実務を確認しましょう」

研修参加 申込書

【研修申込方法】

- ① 下記の申込書に必要事項を記入し、当協会まで FAX でお申込み下さい。
- ② 申込後、先着順にて受講決定します。  
受講決定された方のみ、FAX にて当協会から受講決定の通知をお知らせいたします。  
※受講料については、受講確定の通知に振込方法を記載いたします。  
☆受講確定されなかった方には、ご案内しませんので、ご了承ください。
- ③ ご入金後、受講確定通知に振込み控え(コピー可)を貼って、研修当日、研修会場までご持参下さい。

氏 名	フリガナ ( )	
会員の有無	<input type="checkbox"/> 会員 (会員番号を記入してください) No.	<input type="checkbox"/> 非会員
介護支援専門員登録番号		
※FAX 番号		
昼間連絡のつく電話番号	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 _____	
事業所名		
事業所等の種別 ※該当するものに☑ して下さい	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者賃貸住宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 社会福祉協議会 <input type="checkbox"/> その他( )	

申込締切 令和元年 11 月 15 日(金)  
(定員 80 名になり次第、締切となります)