介護支援専門員資質向上研修（法定外研修）

地域包括支援センター　イースタンビラ

＜参加申込用紙＞

|  |  |
| --- | --- |
| 参加者氏名 |  |
| フリガナ |  |
| 職種（〇して下さい） | 主任ケアマネ　　　　　　ケアマネ　　その他（　　　　　　　 　　　　　　） |
| 介護支援専門員番号 |  |
| 日中連絡可能な電話番号・ファクス | Tel. 　　　Fax. |
| 事　業　所 | 事業所名：住　所： |
| 備　考 | （　配慮を有する事項　等　） |

＊R元.１１.２８までにFAXにてお申込みください。

＊参加の可否については、可の方のみ締切後FAXで通知させて頂きます。

不可の方は連絡いたしませんので、よろしくお願いします。

　　＊受講可の方で、キャンセルの場合は早急に連絡ください。

＊受講記録に必要事項をご記入の上、当日持参してください。

＊個人情報については当社で管理し、研修目的以外には使用いたしません。

＊お車での来場はご遠慮ください。

 お申込みFAX番号

　　　　　　　　06-6728-3092