法定外研修受講申込書

研修ID　：

開催日　：　令和２年３月７日(土)13:00～16:30

研修名称：　研究発表

|  |  |
| --- | --- |
| 居宅介護事業所名 |  |
| 事業所　所在地　　　　 | 　　　　　　　　　　　　　　　市　　　　　　　　　　　　　　 |
| 事業所　電話番号 |  |
| ｍailｱﾄﾞﾚｽ　or　 FAX番号 |  |
| (ふりがな)参加者氏名 |  |
| 介護支援専門員登録番号 |  |

※参加者は**２０名**を定員とし先着順となります。

申込書をメールもしくはＦＡＸ願います。　受講可能な方に一週間以内(休日除く)に追って受講料振込先をメールまたはＦＡＸいたします。こちらで振込が確認でき次第受講決定とさせていただきます。