

介護支援専門員合同研修会 参加申込書

※所属がない方は、連絡先と参加者名のみをご記入ください。

※受講証明が必要な方は介護支援専門員登録番号と生年月日をご記入ください。

※受講証明は研修終了後に発行いたします。

※記入欄が不足の場合は恐れ入りますがコピーして使用してください。

所属施設・事業所・医療機関名			
住 所			
連絡先 TEL		FAX	E-mail
	参加者	職 種	参加種別 (○で囲む)
1	氏名： 登録番号： 生年月日（ . . ）		五島市 CM 協・行政・老施協・GH 協・ 介護施設・その他
2	氏名： 登録番号： 生年月日（ . . ）		五島市 CM 協・行政・老施協・GH 協・ 介護施設・その他
3	氏名： 登録番号： 生年月日（ . . ）		五島市 CM 協・行政・老施協・GH 協・ 介護施設・その他
4	氏名： 登録番号： 生年月日（ . . ）		五島市 CM 協・行政・老施協・GH 協・ 介護施設・その他
5	氏名： 登録番号： 生年月日（ . . ）		五島市 CM 協・行政・老施協・GH 協・ 介護施設・その他

申込締切 : 令和 6 年 10 月 28 日 (月)

問合せ・送付先

五島市居宅介護支援事業者連絡協議会 事務局 (担当: 太田)
〒853-0042 五島市吉田町 2390(リハビリセンターふくえ)
TEL: 0959-72-3535 FAX: 0959-72-3615
Email: takayuki.o@yamashita-hp.or.jp