

FAX 0852 (60) 5389

島根県介護支援専門員協会 事務局 行き

第16回 島根県ケアマネジャー研究大会

参加申込

申込日： _____ 月 _____ 日

申込代表： _____ 事業所名等： _____

電話番号： _____ FAX番号： _____

| 区分 | 地域協会 | 氏名 | 主任 | 証明書 | 備考 |
|----------------------|-----------|-------------------------------|-------------------------------------|--|----|
| 日本協会 県地域協会 非会員 | (例) 松江 | 氏名： 島根太郎 【生年月日 昭和37年2月26日】 | <input checked="" type="checkbox"/> | 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> | |
| 日本協会 県地域協会 非会員 | | 氏名： 【生年月日 年 月 日】 | <input type="checkbox"/> | 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> | |
| 日本協会 県地域協会 非会員 | | 氏名： 【生年月日 年 月 日】 | <input type="checkbox"/> | 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> | |
| 日本協会 県地域協会 非会員 | | 氏名： 【生年月日 年 月 日】 | <input type="checkbox"/> | 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> | |
| 日本協会 県地域協会 非会員 | | 氏名： 【生年月日 年 月 日】 | <input type="checkbox"/> | 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> | |
| 日本協会 県地域協会 非会員 | | 氏名： 【生年月日 年 月 日】 | <input type="checkbox"/> | 要 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> | |

※ この研修は、主任介護支援専門員更新研修の受講要件に該当する法定外研修です。
研修参加証明書を希望される方は、生年月日をご記入いただき、主任、証明書の口欄にチェックを入れてください。

◎申し込み締め切り：平成30年11月20日（火）

※ 個人情報について
申込書に記載された個人情報につきましては、本研修の名簿作成以外の目的に利用することはありません。

※ 当日の昼食につきましては、当日朝注文を受け付けます。（500円程度）