

FAX 0852 (60) 5389

島根県介護支援専門員協会 事務局 行き

第17回 令和元年度 島根県介護支援専門員協会研究大会

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】	☒	要 ☒ 不要 ☐	
日本協会 県地域協会 非会員		氏名： 【生年月日 年 月 日】	☐	要 ☐ 不要 ☐	
日本協会 県地域協会 非会員		氏名： 【生年月日 年 月 日】	☐	要 ☐ 不要 ☐	
日本協会 県地域協会 非会員		氏名： 【生年月日 年 月 日】	☐	要 ☐ 不要 ☐	
日本協会 県地域協会 非会員		氏名： 【生年月日 年 月 日】	☐	要 ☐ 不要 ☐	
日本協会 県地域協会 非会員		氏名： 【生年月日 年 月 日】	☐	要 ☐ 不要 ☐	

※ 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：令和元年11月20日（水）

※ 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）