

◆申込み先 旭川市居宅介護支援事業所等連絡協議会事務局

◆F A X 0166-63-8812

第2回介護支援専門員研修会(平成29年9月15日)申込書

	参加者氏名	会員・非会員の有無		主任介護支援 専門員
		会員	非会員	
1		会員	非会員	
2		会員	非会員	
3		会員	非会員	
4		会員	非会員	
5		会員	非会員	
6		会員	非会員	
7		会員	非会員	
8		会員	非会員	

※主任介護支援専門員更新研修受講予定者で、研修会受講の「研修受講修了証」をご希望の方は、主任介護支援専門員欄に「○印」をご記入願います。研修会終了時に、受付でお渡しますので、忘れないようにお受け取り下さい。出席が都合で欠席になる場合は、必ず事務局までご連絡下さい。

研修テーマにともなう質問事項があれば記載下さい。

---

---

---

---

提出年月日 平成29年 月 日

申込事業所名

TEL

申込担当者名

---