

◆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

介護支援専門員研修会(平成29年6月17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	

※課題整理総括表は参加されるご自身が担当している事例で作成します。
当日は1事例のフェイスシートとケアプランを忘れずにご持参ください。

※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。

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