

◆申込み先 市内事業所:圏域の地域包括支援センターへFAX

市外事業所:旭川市居宅介護支援事業所等連絡協議会(FAX 0166-46-5571)

申込締切 令和6年1月17日(金)

旭川市介護支援専門員合同研修会(令和7年2月17日開催)申込書

	参加者氏名 (ふりがなの記入もお願いします)	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。

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 令和 年 月 日

申込事業所名

TEL

申込担当者名

---