

F A X 0 2 6 (2 6 8) 1 3 6 7

平成29年度 南信ブロック 資質向上研修

ケアマネジメントプロセスの振り返り研修

NPO 法人長野県介護支援専門員協会 会長 小林 広美 宛

平成30年1月27日（土）南信ブロック研修会参加申込書

フリガナ	
氏 名 (丁寧にご記入ください)	
所属勤務先名	
連 絡 先 (昼間必ず連絡ができる連絡先)	いずれかに○： 本人携帯・職場・自宅
会員の別 (どちらかに○をお願いいたします)	協会員 ・ 非協会員 会員番号： _____ 所属支部： _____
主任介護支援専門員更新に関する 受講証明書の発行希望（○印）	希望あり ・ 希望なし

申込み期限：平成29年12月8日（金）

※申込み先FAX 026-268-1367（送信表不要）

※先着順で受付（80名）します。定員超過により受講をお断りする場合は、電話にてご連絡させていただきます。

※申込期日を過ぎますと、受講証明書の発行はできません。

問い合わせ先 NPO 法人長野県介護支援専門員協会事務局（平日 10時～15時）

TEL 026-268-1366

注）この参加申込書に記載された個人情報は、本講座の参加取りまとめのみに使用することとし、他の目的には使用いたしません。