**送付文不要　　　　　特定非営利活動法人長野県介護支援専門員協会　事務局行き**

**FAX　026-268-1367**

**令和元年度ケアプラン点検推進研修・アドバイザー養成研修　受講申込書**

**特定非営利活動法人　長野県介護支援専門員協会長　小林　広美　様**

**令和　　年　　月　　日**

**標記研修の受講について、下記の通り申込みます。**

**＊申込希望箇所に○印をお願いいたします。**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **2月20日（木）ケアプラ点検推進研修** |
|  | **2月26日（水）ケアプラン点検アドバイザー養成研修** |

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ** |  |
| **氏名**  **（丁寧にご記入ください）** |  |
| **勤務先** |  |
| **勤務先住所** | 〒 |
| **勤務先電話番号** |  |
| **携帯電話番号** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **介護支援専門員登録番号** | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |   介護支援専門員は記入  してください |

**※ケアプラン点検推進研修受講申し込みは、必要事項を記載の上、FAXまたは郵送にてお申込みください。**

**※ケアプラン点検アドバイザー養成研修申込希望者は、受講申込書とレポート課題を揃え、長野県介護支援専門員協会まで郵送でお申し込みください。**

**申し込み締め切り　　令和2年1月31日（金）**

**〈問い合わせ先〉**

**特定非営利活動法人長野県介護支援専門員協会事務局（平日10時～15時）**

**〒380-0928　長野市若里7-1-7　長野県社会福祉総合センター5階**

**℡　０２６－２６８－１３６６　　Fax　０２６－２６８-１３６７**

注）この申込書に記載された個人情報は、本講座の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。