**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2年度ケアプラン点検推進研修・アドバイザー養成（フォローアップ）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。**

|  |  |
| --- | --- |
| **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・FAX番号** | 電話 | FAX |
| **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 |
| **※対象者のみ****修了した研修****（○印）** | 　講師養成研修（H30年度）／アドバイザー養成研修（R1年度） |

**申込み締切日　令和2年12月2日（水）**

**※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。**

**※先着順で受付します。定員超過の場合は、調整の上、ご連絡させていただきます。**

**※新型コロナウイルス感染予防のため、３密を避ける環境に配慮して実施する予定ですが、感染拡大等の状況によっては、開催を中止させていただく場合があります。研修会前日に必ず当協会ホームページにて開催の有無をご確認ください。また、感染予防のため、入室前の検温、マスクの着用・手指消毒につきましてはご協力をお願い致します。**

**〈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。