**送付文不要　　　　　一般社団法人長野県介護支援専門員協会　事務局行き**

**FAX　026-268-1367　／　Email: nacm@tuba.ocn.ne.jp**

**令和3年度ケアプラン点検推進研修受講申込書**

**令和　　年　　月　　日**

**申込み締切日　令和3年6月21日（月）必着**

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ** |  |
| **氏名** |  |
| **勤務先** |  |
| **勤務先住所** | 〒 |
| **勤務先電話・FAX番号** | 電話 | FAX |
| **日中必ず連絡可能な****連絡先（携帯電話等）** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **参加方法** | 　　　**会場参加　　　・　　　WEB（Zoom）**　　（どちらかに○印） |
| **ケアプラン点検についてご質問がありましたら****ご記入をお願いします** |  |

**※申込書に必要事項を記載の上、メールまたはFAXでお申込みください。**

**WEB（Zoom）参加ご希望の方は、連絡の都合上、メールでの申込みをお願いします。**

**※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〉**

**一般社団法人長野県介護支援専門員協会事務局（平日10時～15時）**

**〒380-0936　長野市大字中御所岡田98-1　長野保健福祉事務所庁舎**

**℡　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。