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**

災害発生時・発災後における業務継続（BCP）体制確保研修会参加申込書

令和　　年　　月　　日

締切日６月２４日（木）厳守

|  |  |
| --- | --- |
| **フリガナ** |  |
| **氏　 　　名** |  |
| **【必須】****介護支援専門員番号（８桁）** |  |
| **受講決定通知送付先住所****（勤務先の場合は名称）** |  |
| **連絡先** | **電話（携帯）** |  |
| **FAX番号** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **希望する連絡方法****（日中必ず連絡可能な連絡先）** | □勤務先　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　（勤務先電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□携帯電話　　　□FAX　　　□メール※平日日中に連絡することをご了承ください。 |
| **会員の別****（該当に〇印）** | 会員　・　非会員 |
| **主任介護支援専門員更新に関する受講証明書** | 要　　・　　不要　（いずれかに〇印） |

【受講決定通知について】

　受講決定通知は、メール添付により送付します。

　参加申込書は、メール添付又はGoogleフォームでご提出くださいますようご協力をお願いいたします。やむを得ず、FAXでお申し込みされた方には、FAXまたは郵送にて通知いたします。

〈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）

　　　TEL　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に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。