**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　／　Email: nacm@tuba.ocn.ne.jp**

**令和3年度介護報酬改定説明会　参加申込書**

**令和　　年　　月　　日**

**※ご希望の会場に○印をお願いします。締切日1月27日厳守**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **長野会場　　ホテルメルパルク長野　3階　瑞風** |
|  | **佐久会場　　佐久総合病院　教育Aホール** |
|  | **飯田会場　　エス・バード　ホール** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **フリガナ** | |  |
| **氏　名** | | （長野県協会会員番号　　　　　　　） |
| **自宅住所** | | 〒　　　　　－　　　　　　　※アパート・マンション名まで記入してください。 |
| **自宅以外に受講者証等の送付を希望する場合は送付先の住所及び名称** | | 〒　　　　　　－  名称： |
| **連絡先** | **電話（携帯）** |  |
| **ＦＡＸ番号** |  |
| **PCﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ** |  |
| **携帯ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ** |  |
| **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　　□ＰＣメール　　□携帯メール  ※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○印をお願いします）** | | ①日本協会会員　（参加費無料 資料代のみ）  ②一般社団法人長野県介護支援専門員協会入会申込者  （参加費無料　資料代のみ）  ③非会員　参加費12,000円（別途資料代、受講証明書発行手数料） |
| **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○印） |

**※コロナウイルス感染予防のため、入室前の検温、マスク着用・手指消毒についてご配慮をお願いいたします。**

〈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）

℡　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。