

FAX 締切 8月24日(金)

平成30年度施設介護支援専門員専門研修会申込書

平成30年 月 日

(公財) かがわ健康福祉機構 研修部 あて FAX 087-835-4777

(※ 該当に○印をつけてください)

施設等区分: 介護老人福祉施設(特養ホーム)、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、
特定施設入居者生活介護、認知症対応型共同生活介護
その他 ()

施設名: _____

〒

所在地: _____

担当者職・氏名: _____

TEL: _____

下記のとおり申し込みます。

登録番号 (フリガナ) 氏名	職名	性別	年齢 (注)	介護支援専門員 実務経験年数 (注)	法定資格等 の基礎資格 (*フリガナ申 込は備考欄 に記入)
第 号 ()		男 女			
第 号 ()		男 女			

(注) 年齢、経験年数は、受講日時点をご記入ください。

※ 原則、先着順の受付といたします。

※ 8月28日(火)までに当研修部から特段の連絡がない場合は、受講可とさせていただきます。