

令和3年度 施設介護支援専門員専門研修会 申込書

令和3年 月 日

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

※ 該当する□に、レ印を付けてください。

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:

FAX:

下記のとおり申し込みます。

登録番号 (フリガナ) 氏名	職名	介護支援専門員の 実務経験年数(注)	法定資格等の 基礎資格 *オンライン申込は 備考欄に記入
第 号 () 年齢(10・20・30・40・50・60～)歳代		年 月	
第 号 () 年齢(10・20・30・40・50・60～)歳代		年 月	

(注) 年齢・経験年数は、受講日時点をご記入ください。

※ 原則、先着順の受付とします。

※ 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。(決定通知はしません。)