

送信先：一般社団法人 福島県介護支援専門員協会 事務局 宛

FAX 024-924-7202 添書不要

## 平成30年度介護予防支援従事者研修 受講申込書

平成30年 月 日

事業所名：

電 話：

FAX：

(電話・FAXとも市外局番から記載してください)

ふりがな 氏名	職 種	介護支援専門員の方は8桁の介護支援専門員登録番号を記入してください。	いずれかを ○で囲む。
			会員・非会員
			会員・非会員

### 《留意点》

1. 事業所名及び氏名は、楷書で正しく記入してください。
2. 職種(番号)の記入方法は、次を参考にしてください。
  - (1) 地域包括支援センターの方は、①保健師等 ②社会福祉士等 ③主任介護支援専門員 のいずれかの番号で記入してください。
  - (2) 居宅介護支援事業所の方は、基本職種を直接記入してください。(例 介護福祉士)
  - (3) 市町村担当者の方は、職種の記入は必要ありません。
3. 福島県介護支援専門員協会について会員・非会員のいずれかを○で囲んでください。

※研修会の当日は、忘れずに返信された「受講申込書」を持参してください。

### 平成30年度介護予防支援従事者研修 受講決定通知

- 上記の研修について、受講決定をいたしました。

受講料を平成30年6月20日(水)までに、下記口座にご入金をお願いいたします。  
施設名、法人名での振り込みは受講者の確認ができない恐れがあります。振込は必ず  
申込者の氏名でお願いします。なお、振込手数料のご負担をお願いいたします。

東邦銀行 希望ヶ丘 支店 普通口座 300483

口座名義 一般社団法人 福島県介護支援専門員協会 代表理事 千葉喜弘

- 申し訳ありませんが、定員超のため今回は受講できません。

平成30年 月 日

一般社団法人 福島県介護支援専門員協会

受付者 \_\_\_\_\_