

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

令和2年度介護予防支援従事者研修 受講申込書

令和2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》

- 事業所名及び氏名は、楷書で正しく記入してください。
- 職種(番号)の記入方法は、次を参考にしてください。
 - 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。
 - 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)
 - 市町村担当者の方は、職種の記入は必要ありません。
- 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。

令和2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。

受講料は研修当日に受付にて徴収させていただきます。

出来るだけお釣りのないようにご協力ください。

会員 5000円 非会員 7000円

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。

令和2年 月 日

一般社団法人 福島県介護支援専門員協会

受付者 _____