

送信先：一般社団法人 福島県介護支援専門員協会 事務局

F A X：024-924-7202

申込期間：令和2年6月8日（月）～6月20日（土）

## 令和2年8月8日 ケアマネジメント研修 参加申込書

氏 名		
所 属	事業所名：	
	所属協議会：	
会員の有無	当協会の 会 員 ・ 非会員 *いずれかを○で囲んでください	
連 絡 先	電話：	FAX：
	*市外局番もご記入ください	

ケアマネジメントやケアプランチェックに関して、日頃疑問に感じている点など、先生に質問したいことがありましたら、以下の欄にご記入ください。

--

新型コロナウイルスの感染予防対策として、定員を100名に減じて開催することとなりました。  
お申し込みいただいた方には、後日受講決定通知書をFaxで送付致します。

### 令和2年度 一般社団法人 福島県介護支援専門員協会 ケアマネジメント研修受講決定通知

- 上記の研修について、受講決定をいたしました。  
受講料は当日に受付にて徴収させていただきます。
- 申し訳ありませんが、定員超過のため今回は受講できません。

令和 年 月 日

一般社団法人 福島県介護支援専門員協会

受付者 \_\_\_\_\_