FAX　078－221－4122

一般社団法人 兵庫県介護支援専門員協会 行

平成２８年度地域ケア個別会議研修　受講申込書

１．申込事業所（現在、勤務していない方は、事業所名は「なし」、所在地は空欄としてください。）

事業所名			
事業所 所在地	〒 □払込票送付先		
自宅住所 （必須）	〒 □払込票送付先		
電話番号	（自宅・事業所・携帯）	FAX番号	
事業所種別 （いづれかの番号を○）	１．居宅介護支援事業所	２．地域包括支援センター	３．その他

※　電話番号には自宅・事業所・携帯のいずれかに○をつけ、昼間連絡が取れる番号をご記入ください。

※　払込票送付先は、自宅又は事業所のいずれかにチェックを入れてください。

２．受講申込希望者

フリガナ		介護支援専門員資格の有無	有　・　無
氏 名		介護支援専門員登録番号　※	
		介護支援専門員実務経験 （平成28年5月1日時点）	年　ヶ月
		主任介護支援専門員の有無	有　・　無
性別	（　男　・　女　）	生　年　月　日	年　月　日

※介護支援専門員の資格をお持ちでない方は空欄で結構です。

３．受講希望日（希望会場に○印をお付けください）

研　修　会　場		
6月29日（水）30日（木）7月15日（金） 明石会場 （明石市立産業交流センター）		⇒明石会場申込締切　6/17（金）
8月17日（水）18日（木）9月１日（水） 神戸会場 （兵庫県立のじぎく会館）		⇒神戸会場申込締切　8/5（金）