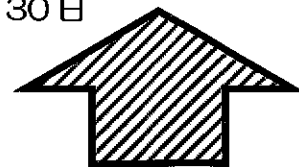


開催日：8月9日（土）研修会申込書

締切：7月30日

神戸市ケアマネジャー連絡会事務局行

FAX 078-362-5277



氏名				
所属区 もしくは市町村	神戸市	区 市・町・村	区分 (○印)	<ul style="list-style-type: none">・神戸市ケアマネジャー連絡会 会員・兵庫県介護支援専門員協会 会員・一般（非会員）
所属事業所名				
振込用紙送付先・ 連絡先住所	〒 (自宅 or 勤務先)			
連絡先	電話		FAX	

（質問事項記入欄）講師への質問や聞いてみたい事をご記入ください。

※申込書が不足する場合は、コピーしてお使いください。

※この用紙に記入いただいた情報は、研修会の運営以外の目的では使用いたしません。