

令和6年度
介護支援専門員スキルアップ研修 参加申込書

事業所・施設名	
事業所所在地 施設所在地	〒 — 電話 () —

【参加者名簿】

No.	氏名	役職名又は資格	参加対象区分 (該当の番号に○をつけてください)	研修修了証明書の要否
1			1・2・3・4・5	必要・不要
2			1・2・3・4・5	必要・不要
3			1・2・3・4・5	必要・不要
4			1・2・3・4・5	必要・不要

【通信欄】 福富先生に対する質問や今回学びたいこと、メッセージをお書きください。

--

【提出先】 〒791-1201 上浮穴郡久万高原町久万212番地

久万高原町地域包括支援センター（担当／武知・畝本）

FAX番号 0892-21-2862

この参加申込書で得た個人情報については、久万高原町が定める「久万高原町個人情報保護条例」に基づき、この研修以外で使用しないことを申し添えます。