

令和2年度 山口県地域包括・在宅介護支援センター職員研修 参加申込書

申込先
 山口県地域包括・在宅介護支援センター協議会 事務局 担当: 石原
 FAX 083-924-2847
 TEL 083-924-2828
 申込日: 令和 年 月 日

事業所名		連絡担当者	
事業所住所	〒	電話	()
		FAX	()

No.	フリガナ	性別	職名	勤務年数	修了証明書の要不要 (該当するものに○)	会員・非会員 (該当するものに○)	参加方法	(オンライン参加の場合) メールアドレス
	参加者氏名							
例	ヤマグチ タケ	男	介護支援専門員	10年	要	会員	会場 オンライン	houzaikyo@yg-you-i-net.or.jp
	山口 太郎							
1		男女		年	要・不要	会員 非会員	会場 オンライン	
2		男女		年	要・不要	会員 非会員	会場 オンライン	
3		男女		年	要・不要	会員 非会員	会場 オンライン	

- ※ 当申込書に記載された個人情報は、研修会運営管理の目的だけに使用いたします。なお、研修会資料に所属・名前・職種を掲載させていただきます。
- ※ **令和3年2月22日(月)まで**にFAXにて申込みをしてください。
- ※ 枠が足りない場合は、コピーしてください。