**令和５年度　山口県地域包括・在宅介護支援センター職員研修Ⅱ**

**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: 和田 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 | ( 　 )  ( 　 ) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № | ﾌ　ﾘ　ｶﾞ　ﾅ | 性別 | 職名 | 経験年数 | 修了証明書の要不要  （該当するものに〇） | 会員・非会員  （該当するものに〇） | 備考 |
| 参加者氏名 |
| 例 | ﾔﾏｸﾞﾁ　ﾀﾛｳ | 男  女 | 介護支援専門員 | １０年 | 要・不要 | 会員  非会員 |  |
| 山口　太郎 |
| １ |  | 男  女 |  | 年 | 要・不要 | 会員  非会員 |  |
|  |
| ２ |  | 男  女 |  | 年 | 要・不要 | 会員  非会員 |  |
|  |
| ３ |  | 男  女 |  | 年 | 要・不要 | 会員  非会員 |  |
|  |

※　　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６年１月２９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。