**令和６年度　中国ブロック地域包括・在宅介護支援センター協議会**

**基礎研修＜山口会場＞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６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 | 参加者区分 | 修了証明書の要不要（該当するものに〇） |  | **※山口県外の参加者はこちらもご記入ください** |
| 参加者氏名 | ①会員(5,000円) | ②一般(9,000円) |  | 参加方法 | （オンライン参加の場合）メールアドレス |
| 例 | ﾔﾏｸﾞﾁ　ﾀﾛｳ | 男女 | 介護支援専門員 | ○ |  | 要・不要 |  | 会場参加・オンライン | houzaikyo@yg-you-i-net.or.jp |
| 山口　太郎 |  |
| １ |  | 男女 |  |  |  | 要・不要 |  | 会場参加・オンライン |  |
|  |  |
| ２ |  | 男女 |  |  |  | 要・不要 |  | 会場参加・オンライン |  |
|  |  |
| ３ |  | 男女 |  |  |  | 要・不要 |  | 会場参加・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６年５月２７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。