

申込締切:平成29年8月30日(木)16時

(注)FAX 送信後は必ず事務局に電話で送受信をしてください。

今一度番号をお確かめのうえ、お間違えのないよう、ご注意ください。

TEL 確認日時: 月 日  
時 分

FAX:045-313-0737 TEL:045-311-8731

## 平成29年度 介護支援専門員資質向上研修

# サービス担当者会議編

申込日平成 年 月 日

受講希望日 ・ 10月11日 ・ 10月17日 ・ どちらでも良い

希望する日程に○をつけて下さい。

### ◆申込受講者情報

フリガナ		介護支援専門員の経験年数
受講者氏名		居宅 年 月
		施設 年 月
介護支援専門員登録番号		現在(該当するものに○) 居宅系 施設系 のケアマネ
受講可否通知送付希望住所	〒	送付希望先が勤務先の場合は勤務先名をご記入ください。
日中連絡先	TEL :	FAX :
勤務先名称と役職(管理者等)	(記入例) 社会福祉法人●会△居宅介護支援センター、NPO法人●●ケアサロン、株式会社● ★ケアサービス	
取得資格 (複数回答可)	①主任介護支援専門員 ②介護系の資格(介護福祉士・ヘルパー等) ③相談系の資格(社会福祉士、精神保健福祉士等) ④医療系の資格(看護師、保健師、PT・OT等) ⑤その他( )	
担当者会議を行う上での悩み・感じている課題		

事務局記入欄 W

入力日	受講可否	備考1	備考2