平成 29 年度　リーダー研修会
多職種連携等に関する研修会
～地域ケア会議に参加する介護福祉士の養成研修～
講師養成研修会
受　講　申　込　書

ふりがな		会員番号	
氏名		男・女	年　　月　　日生
受講通知 送付先	〒		
ＴＥＬ		ＦＡＸ	
メール アドレス		携帯電話	
勤務先		役職	

申込期限：平成２９年７月２５日（火）
所属する都道府県介護福祉士会宛にお申込みください。

※都道府県介護福祉士会記入欄

上記の者は、当会において実施を予定している「多職種連携等に関する研修会～地域ケア会議に参加する介護福祉士の養成研修～」の講師候補者であることから、講師養成研修の受講者として推薦します。

平成２９年　　月　　日

介護福祉士会　会長　　印