

# 2019年度 山口県地域包括・在宅介護支援センター協議会 職員研修＜基礎研修＞ 参加込書

申込先

山口県地域包括・在宅介護支援センター協議会 担当: 矢羽田

FAX 083-924-2847

TEL 083-924-2828

申込日: 2019年 月 日

県名		事業所名		連絡担当者	
事業所住所	〒			電話	( )
				FAX	( )

No.	フリガナ 参加者氏名	性別	職名	参加者区分 (①:一般参加者 ②:会員 ③:再受講者)			過去に受講した 研修会 <small>(参加者区分③の方のみ)</small>	昼食弁当 600円 <small>(税込)</small>	受講証明書	合計金額
				① (9,000円)	② (5,000円)	③ (3,000円)				
例	ヤマダ タロウ 山口太郎	男	介護支援専門員			○	平成28年度 「現任者研修」	○	要・不要	3,600円
1		男女							要・不要	
2		男女							要・不要	
3		男女							要・不要	
4		男女							要・不要	

※ 当申込書に記載された個人情報、研修会運営管理の目的だけに使用いたします。なお、研修会資料に県(政令市)名・事業所名・名前・職業は掲載させていただきます。