別紙　　（郵送、e-mail またはＦＡＸ）

令和元年度第２回

介護支援専門員スキルアップ研修　参加申込書

事業所・施設名	
事業所所在地 施設所在地	〒　　－ 電話　（　　）　　－

【参加者名簿】

No.	氏（フリ）　名（ガナ）	役職名又は資格	参加対象区分（該当の番号に○をつけてください）	研修修了証明書の要否
1			１・２・３・４・５	必要・不要
2			１・２・３・４・５	必要・不要
3			１・２・３・４・５	必要・不要
4			１・２・３・４・５	必要・不要

【通信欄】八木先生に対しての質問や今回学びたいこと、メッセージをお書きください。

【提出先】〒７９１－１２０１　上浮穴郡久万高原町久万２１２番地

久万高原町地域包括支援センター（担当／武知・畝本）

ＦＡＸ番号　０８９２－２１－２８６２

この参加申込書で得た個人情報については、久万高原町が定める「久万高原町個人情報保護条例」に基づき、この研修以外で使用しないことを申し添えます。