

平成27年度通所ケアマネジメント研修(11月18日開催) 【 参加申込書 】

法人名等	道デイ協 道老協 会員・ 非会員	TEL	()	—
事業所名		FAX	()	—
住所	〒		担当氏名	

氏名	職種(役職名)	計画作成の 経験年数	受講コース (ご希望のコースを 1つに○をしてください)			弁当購入 お茶付800円 (税込)
			基礎編	実践編 通所介護	実践編 予防 通所介護	
フリガナ		年 月	基礎編	実践編 通所介護	実践編 予防 通所介護	
フリガナ		年 月	基礎編	実践編 通所介護	実践編 予防 通所介護	
フリガナ		年 月	基礎編	実践編 通所介護	実践編 予防 通所介護	

注1 受講コースについては、複数は選択できません。

注2 研修当日の受講コースの変更はできません。

弁当購入希望の方は
○印をご記入ください。

◎氏名は正確にご記入いただき、フリガナをお願いいたします。

◎FAXにてお申し込みの場合は、字がつぶれぬよう大きな字ではっきりとご記入ください。

◎キャンセル・変更等はお早めにご連絡ください。また、無断欠席の場合、参加費等の経費が発生する場合がございますのでご承知おきの上お申し込みください。

※ご記入いただいた個人情報は、当該セミナーの運営及び統計資料の作成に使用いたします。

参加申込書に記載された情報をもとに、参加者名簿を作成し、当日参加者に配布いたします。