|  |
| --- |
| ＦＡＸ送信先今治市高齢介護課　地域包括支援担当　行**ＦＡＸ 0898-34-5077**資源保護のため、送信票は不要です |

**在宅医療介護連携推進研修会（H31.2.22開催）**

**参加申込書**

**※受講決定通知等は送付いたしません。定員を超えた場合のみご連絡いたします。**

|  |
| --- |
| 事業所名 |
| 電話番号（必ずご記入ください） |  |
| FAX番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな氏　名 | 職　種（○で囲ってください） | 備　考 |
|  | 主任介護支援専門員介護支援専門員 |  |
|  | 主任介護支援専門員介護支援専門員 |  |
|  | 主任介護支援専門員介護支援専門員 |  |

※ご記入頂いた個人情報は、本研修会の運営以外の目的では使用しません。

〇講師への質問がありましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

**〆切　平成3１年２月13日（水）**