

平成30年度自立支援・重度化防止に向けた介護支援専門員研修事業

受講申込書

受講希望者氏名	ふりがな
介護支援専門員 登録番号	
所属事業所名	
所属事業所電話番号	
所属事業所住所	
受講希望回 (第一希望) ※希望回に○をして ください	① 第1回 (1日目: 11/29 (木)、2日目: 12/12 (水)、3日目: 1月中旬) ② 第2回 (1日目: 12/4 (火)、2日目: 1/22 (火)、3日目: 2月中旬) ③ 第3回 (1日目: 1/23 (水)、2日目: 2/14 (木)、3日目: 3月中旬)
受講希望回 (第二希望) <u>※希望回に○をして ください</u>	① 第1回 (1日目: 11/29 (木)、2日目: 12/12 (水)、3日目: 1月中旬) ② 第2回 (1日目: 12/4 (火)、2日目: 1/22 (火)、3日目: 2月中旬) ③ 第3回 (1日目: 1/23 (水)、2日目: 2/14 (木)、3日目: 3月中旬)

※受講できるのは主任介護支援専門員のみです。

※受講可否は市より申込者へ東京都より受講決定を受理次第、通知にてお知らせします。

(11月19日以降を予定しています。)

平成30年11月2日(金)午前中必着
申込締切: ~~平成30年10月31日(水)必着~~

下記へ当該申込書を送付ください。

FAX:042-620-7418