

令和5年度9月開催研修会受講申込票

ひと枠1名の氏名記載とします。
申込票の枠が足りない場合は、用紙をコピーのうえお申込みください。

申込締切 令和5年9月6日（水）

受講申込研修名	現任研修「ケアプラン点検研修 第1回」
事業所名称	
受講カード番号	
フリガナ	
氏名	
電話番号	
FAX番号	

受講申込研修名	現任研修「ケアプラン点検研修 第1回」
事業所名称	
受講カード番号	
フリガナ	
氏名	
電話番号	
FAX番号	

【注意】 「受講カード番号」とは、受講カードに記載されている8桁の数字です。
新規の方の受講カードは後日発行しますので、今後研修を受講する際にご活用ください。

FAX 送信先 : 042-686-1088 八王子介護支援専門員連絡協議会