

## 令和6年度 ケアマネジャー部会研修会 参加申込書

【参加申込締切日：9月27日（金）必着】

施設名	施設番号（ ）		
申込責任者	職名：	氏名：	
いずれかを○で示して下さい			
1. 下記のとおり（ ）名参加する / 2. 参加できない			
<b>参加者名簿</b>			
役職名	職名	氏名（性別） (介護支援専門員登録番号)	専任・兼務 (○で囲ってください)
		ふりがな：  ( )	専任 ・ 兼務
※ 研修受講証明書発行を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		※ 証明書発行希望者のみ登録番号を( )内に 記入ください。 ( )	
		ふりがな：  ( )	専任 ・ 兼務
※ 研修受講証明書発行を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		※ 証明書発行希望者のみ登録番号を( )内に 記入ください。 ( )	
		ふりがな：  ( )	専任 ・ 兼務
※ 研修受講証明書発行を <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない		※ 証明書発行希望者のみ登録番号を( )内に 記入ください。 ( )	

※ 施設番号は「老健ひょうご第51号」の会員施設支部別表 p13～14 をご参照ください。

※ 受講証明書を希望する方は、氏名欄下の（ ）内に介護支援専門員登録番号を記入ください。