別紙(1)　　【送信票不要】

令和７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：１１月１９日（水）必着 】

施　設　名	施設番号（　　）
申込責任者	職名：　　氏　名：

いずれかを〇で示して下さい

１．　下記のとおり（　　）名参加する　　／　　２．　参加できない

参　加　者　名　簿

役 職 名	職　名	氏　　名　　（性別） (介護支援専門員登録番号)	専任・兼務 （〇で囲ってください）
		ふりがな： （　　）	専　任 ・ 兼　務
※ 研修受講証明書発行を □希望する　・　□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 □希望する　・　□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 □希望する　・　□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54号**」の会員施設支部別表p13～14をご参照ください。

※ 研修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。

(一社)兵庫県介護老人保健施設協会事務局 宛　ＦＡＸ：０７８－２６５－６９３４