



平成 23 年度 京都府介護支援専門員会 講師養成研修
参 加 申 込 書

氏 名								
ふりがな								
勤務先名称								
勤務先所在地	〒							
勤務先 TEL								
勤務先 FAX								
介護支援専門員 登録番号（8桁）								
以下アンケートにお答えください。 ●主任修了年度は 平成____年度 ●当会会員番号（1 桁～4 桁）_____ ●特に学びたいこと （ ） ●講師経験の有無 あり ・ なし ↓ありの方は下に年度と研修名をお書きください。 （ ） ●受講後、講師をやってみたい はい ・ いいえ （当てはまる方を○） ●修了後、当会講師バンクへの登録を許可する はい ・ いいえ ご協力ありがとうございました。								