

基礎資格が介護福祉士の介護支援専門員を対象とした研修

ケアマネジメントに役立つ、症状・徴候の視点と連携

～ 症状や徴候を見落としていませんか？～

研修申込書

ゴム印でご記入いただきますと、FAX印刷時に文字が潰れて判読できない場合が多く、申込の受付ができない可能性がありますので、すべての項目を自署でご記入ください。

職種でのグループ分け、定員に達した際など、ご意向等を伺うためにお問い合わせをさせていただきます。 記入漏れのないようにお願いいたします。

申込管理を適切に行うため、お一人様につき1枚でお申し込みください。

ふりがな : _____

申込者氏名 : _____

所属事業所名 : _____

事業所所在地 : 〒 _____

事業所連絡先 : TEL _____

FAX _____

京都府介護支援専門員証 登録番号(8桁)(_____)

京都府介護福祉士登録証 登録番号(第 _____ - _____)

受講希望(第一希望・第二希望)のコースに を付けてください。

開催日時	第1希望	第2希望	第3希望
平成24年2月23日(木)			
平成24年3月1日(木)			
平成24年3月8日(木)			

FAX

075-254-3971

2/6切