

基礎研修②（7月21日分） 参加申込票

申込日：平成 年 月 日

次のとおり参加を申込みます。

(注)太枠の中を必ず記入してください。

| | |
|----------|--------|
| 所属事業所名： | |
| 連絡先 TEL： | ／ FAX： |

【参加申込名簿】

| 参加希望者名 | 区分(いずれかに○) |
|--------|------------|
| フリガナ | 会員 会員以外 |
| フリガナ | 会員 会員以外 |
| フリガナ | 会員 会員以外 |

※申込期間 6月22日(金)～7月13日(金)

※会員とは、大牟田市介護支援専門員連絡協議会の個人会員で、平成29年度分の会費3,000円を納入された方です。なお、開催当日、会場でも入会申込みを受け付けますが、出来るだけ事前の入会をお願いします。

※申込みはFAXによるほか、郵送や窓口持参でもかまいません。

申込先：〒836-8666 大牟田市有明町2-3
大牟田市介護支援専門員連絡協議会 事務局
(メールアドレス:sajikyou@cr.city.omuta.fukuoka.jp)