大牟田市介護支援専門員連絡協議会

**ＦＡＸ：０９４４-４１-２６６２**

**（送信票不要）**

事務局　行

ケアマネサポート事業（全体会議）

７月１３日（金）

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 |
| フ　リ　ガ　ナ |
|  |
| フ　リ　ガ　ナ |
|  |
| フ　リ　ガ　ナ |
|  |

※申込期間〆切平成３０年７月６日（金）

※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　月山

（メールアドレス：sajikyou@cr.city.omuta.fukuoka.jp）