

大牟田市介護支援専門員連絡協議会  
事務局 行

FAX : 0944-41-2662

(送信票不要)

## ケアマネサポート事業（全体会議）

### 6月21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 令和元年6月14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）