

フォローアップ研修 (3月14日分) 参加申込票

申込日: 令和 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 2月17日(月)~3月9日(月)

※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、令和元年度分の会費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: mail@omutakaigo.net)