参加申込書　申込み期限平成29年2月10日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **研　修　名** | | **平成２８年度介護予防支援従業者研修** | | | | | | **FAX**  **019-604-8863**  〒　０２０－０８７１  盛岡市中ノ橋通二丁目４－１６  NPO法人  　いわての保健福祉支援研究会 | | | |
| **開　催　日** | | **第１回目　平成29年2月23日（木）** | | | | | |
| **第２回目　平成29年2月24日（金）** | | | | | |
| **会　　　場** | | **第1回目　盛岡市アイーナ８階８１２号** | | | | | |
| **第２回目　奥州市文化会館Ｚホール** | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **申込月日** | | 平成　　　　年　　　　月　　　　日 | | | ※受付番号 | | | | |  | |
| **所属先名称** | |  | | | 担当者名 | | | | |  | |
| **所　在　地** | |  | | | | | | | | | |
| （電話） | | | | | （FAX） | | | | |
| **ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ** | |  | | | | | | | | | |
| （参加者名簿） | | | | | | | | | | | |
|  | 氏　　名 | | 資格等 | 参加希望会場 | | | | | ※受講の可否決定 | | 備　考 | |
| **１** |  | |  | 盛岡市 | | 奥州市 | | | 可・否 | |  | |
| **２** |  | |  | 盛岡市 | | 奥州市 | | | 可・否 | |
| **３** |  | |  | 盛岡市 | | 奥州市 | | | 可・否 | |
| **４** |  | |  | 盛岡市 | | 奥州市 | | | 可・否 | |

注１　「資格等」欄には「①主任介護支援専門員」、「②介護支援専門員」、「③その他」の番号を記載してください

注2　「参加希望会場」欄には、参加希望の「盛岡市」又は「奥州市」に○をつけてください

注3　研修当日は、この申込書で確認しますので、本書を持参願います。

* 研修受講者を上覧のとおり決定したので、参加受講者にお知らせ願います