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４－１６NPO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