（別紙３）

申込 FAX 送信先：098-887-4834
申込締切　平成 30 年４月５日（木）必着
※送信状不要

「平成 30 年度沖縄県版共通アセスメント様式活用研修」
受講申込書

ふりがな		介護支援専門員登録番号（８ケタ）	
氏　名			
携帯番号（緊急連絡先）	―　　―		
ＰＣメールアドレス（※必須）	※資料ダウンロード先ＵＲＬを案内いたします。必ずご記入ください。		
所属先種別	□居宅介護支援事業所　□小規模多機能型　□グループホーム □地域包括支援センター　□施設系（　□特養　□老健　□療養型　） □行政　□その他（　　）		
所属先名称			
所属先住所	〒		
所属先 TEL	―　　―		
所属先 FAX（※必須） ※受講票の通知を行います。必ずご記入ください。	―　　―		

研修コース	第１希望	第２希望	第３希望
※希望の研修コースに「✔」をご記入ください。 ※各研修コースの日時は、（別紙２）研修プログラムをご確認ください。	□ Ａコース □ Ｂコース □ Ｃコース □ Ｄコース	□ Ａコース □ Ｂコース □ Ｃコース □ Ｄコース	□ Ａコース □ Ｂコース □ Ｃコース □ Ｄコース
	※受講を希望する日程のコースを第３希望まで記入してください。 ※申し込み状況によっては、ご希望に沿えない場合がございます。ご了承ください。		

＊この申込書に記入された個人情報は、本研修以外には使用いたしません。