

申込 FAX 098-887-4834  
**申込締切 平成 30 年 3 月 23 日 (金) 必着**  
 ※受付期間が短くなっております。大変申し訳ございません。

参加申込書

「平成 30 年 4 月介護保険制度改正・介護報酬改定説明会」

「沖縄版共通アセスメント様式に関する概要説明」

* * * 申 込 内 容 * * *		
希望の開催地に☑して下さい ふりがな 申込者名	県協会会員番号 (6ケタ)	会員確認
<input type="checkbox"/> 本島 <input type="checkbox"/> 石垣 <input type="checkbox"/> 宮古 <input type="checkbox"/> 資料集のみ (ふりがな)		<input type="checkbox"/> 日介協会会員 <input type="checkbox"/> 県協会会員 <input type="checkbox"/> 非会員
<input type="checkbox"/> 本島 <input type="checkbox"/> 石垣 <input type="checkbox"/> 宮古 <input type="checkbox"/> 資料集のみ (ふりがな)		<input type="checkbox"/> 日介協会会員 <input type="checkbox"/> 県協会会員 <input type="checkbox"/> 非会員
<input type="checkbox"/> 本島 <input type="checkbox"/> 石垣 <input type="checkbox"/> 宮古 <input type="checkbox"/> 資料集のみ (ふりがな)		<input type="checkbox"/> 日介協会会員 <input type="checkbox"/> 県協会会員 <input type="checkbox"/> 非会員
<input type="checkbox"/> 本島 <input type="checkbox"/> 石垣 <input type="checkbox"/> 宮古 <input type="checkbox"/> 資料集のみ (ふりがな)		<input type="checkbox"/> 日介協会会員 <input type="checkbox"/> 県協会会員 <input type="checkbox"/> 非会員
勤務先 (事業所名)		
連絡先 (勤務先)	TEL (            )            -	
受講票送付先	<u>※受講票を FAX で送付します。必ずご記入ください。</u> FAX (            )            -	
介護報酬改定資料集 郵送先	<u>※資料集のみをご希望の方は必ずご記入ください。</u>	

※連絡先・FAX番号の記入がない場合、申込受付できませんのでご注意ください。  
 尚、申込後にキャンセルされる場合は、必ず事務局までご連絡ください。

《お問合せ先》

沖縄県介護支援専門員協会 事務局 (当山・大城)

TEL 098-887-4833 / FAX 098-887-4834 / E-mail info@okicare.jp