

居宅介護支援事業所敷島荘内 岩下 宛 (FAX 送信表不要)

FAX 055 - 277 - 8411

(社) 山梨県介護支援専門員協会 峡中支部

令和3年度 第2回研修会参加申込書

- 会場参加 (枠内にご記入の上 FAX で申し込みください。)

氏名	基礎職種	経験年数	会員・非会員 どちらかに○	主任介護支援専門員 の資格の有無
			会員 ・ 非会員	有 ・ 無
			会員 ・ 非会員	有 ・ 無

- Zoom 参加 (下記のアドレス、件名、本文のメールにてお申し込みください。)

ycma_kyoucyu@yahoo.co.jp

[件名] 峡中支部第2回研修会 Zoom 参加について

[本文] 参加者氏名 ・ 所属事務所名 ・ 連絡先

基礎資格 ・ 経験年数

会員・非会員 / 主任介護支援専門員資格の有無

希望の返信用アドレス

歯科医師に聞いてみたい事、口腔についての悩みなど

事業所名 _____ (事業所種別を○で囲む: 居宅・施設・他)
住所 〒 _____
TEL _____ FAX _____

※歯科医師に聞いてみたい事・口腔についての悩みなどをご記入ください。

