

平成 30 年度 介護保険施設介護支援専門員研修 受講申込書

滋賀県老人福祉施設協議会 事務局 行
FAX 077-567-5160

送信日：平成 年 月 日

介護支援専門員登録番号									
(ふりがな) 氏 名	()								
滋老協所属ブロック	大津・南部・甲賀・東近江・湖東・湖北・高島								
施設名									
連絡先	TEL				FAX				

締め切り 平成 30 年 11 月 30 日 (金)

※受講キャンセルおよび欠席は必ずご連絡ください。

※申込書に記載いただきました事項は、受講者名簿に記載させていただきますことを、ご了承下さい。
ただし、これらの事項は本研修以外での使用はいたしません。

申込先 滋賀県老人福祉施設協議会 事務局
〒525-0072 草津市笠山七丁目8-138 (滋賀県社会福祉協議会内)
TEL 077-567-3921 FAX 077-567-5160
E-mail shiroukyo@shigashakyo.jp