

令和2年6月4日

実務研修受講対象者の皆様へ

令和2年度第1回青森県介護支援専門員実務研修 受講申込書(別紙2)の差し替えについて

時下、各位ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

本協会の事業活動につきましては、平素よりご支援とご協力を賜り深謝申し上げます。

さて、標記研修開催案内の5ページ「受講申込書別紙2」について、記載に誤りがございましたので、受講対象者の方には大変ご迷惑をおかけいたしますが、すでにお手元に届いている、受講申込書別紙2を差し替え下さいますようお願いいたします。

記

◆令和2年度第1回青森県介護支援専門員実務研修 受講申込書別紙2 5ページ

◎誤

FAX : 017-732-3732



◎正

FAX : 017-721-3732

問い合わせ先

公益社団法人青森県介護支援専門員協会事務局
〒030-0801
青森市新町二丁目1-8 AMC新町ビル4階
TEL : 017-721-3731 FAX : 017-721-3732
E-mail アドレス : info@acma2015.or.jp

令和2年度第1回青森県介護支援専門員実務研修 受講申込書

申込者(受講者本人が太枠内のみ記入)

令和2年6月22日(月)必着

整理番号(記入不要) 第 _____ 号		申込日	令和2年 _____ 月 _____ 日		
		受験番号			
ふりがな				性別	生年月日(※西暦)
氏 名		(姓)	(名)	男 女	年 月 日
勤務先	事業所名				
	所在地	〒 _____			
	TEL/FAX	TEL () _____	FAX () _____		
自宅	住 所	〒 _____			
	TEL/FAX	TEL () _____	FAX () _____		
希望会場		<input type="checkbox"/> 青 森(メイン会場) <input type="checkbox"/> 八 戸(サテライト会場)			
		<small>※どちらか希望する会場へ☑をしてください。 ※人数調整のため、希望した会場の変更をお願いすることがございますのでご了承ください。</small>			
緊急連絡先 <small>(日中連絡のとれる電話番号)</small>					
所持資格(複数可)					

(※記載例: 医師・看護師・社会福祉士・介護福祉士・理学療法士等)

【申込書送付先】

「青森県介護支援専門員協会事務局」宛
 〒030-0801
 青森県青森市新町2丁目1-8 AMC新町ビル4階
 TEL: 017-721-3731 FAX: 017-721-3732

事務局受付印