**ＦＡＸ　　０７６－４３２－６４５０（一般社団法人・富山県介護支援専門員協会事務局）**

**令和元年・認知症対応型共同生活介護 介護支援専門員研修受講申込書**

**（申込締切）　　令和元年　9月4日（水）**

|  |  |
| --- | --- |
| **ふりがな** |  |
| **氏　名** | **正会員（会員番号　　　　　　　　　　）　：　　非会員** |
| **事業所名** |  |
| **連絡先住所** | **（〒　　　－　　　　）** |
| **連先電話番号** | **ＴＥＬ　　　　　　　（　　　　　）****ＦＡＸ　　　　　　　（　　　　　）** |
| **事業所** | **１・グループホーム****２・小規模多機能型居宅介護****３・居宅介護支援事業所****４・その他（　　　　　　　　　　　　　　）****＊所属している事業所に番号に○を付けてください** |
| **経験年数** | **ケアマネ歴****認知症対応型共同生活介護ケアマネ実務年数** |

**＊申込書に記入していただいた個人情報は本研修のみ使用し、他の目的には使用しません**

**＊受講をお断りする場合は、9月11日（水）までに必ずご本人へ連絡いたします**

**【注意事項】**

**研修の申込みは、事業所・施設ごとに取りまとめてFAXして下さい。**

【問合わせ先】

　　一般社団法人　富山県介護支援専門員協会事務局

　　〒９３０－００９４　富山市安住町5-21　サンシップとやま３Ｆ

　　ＴＥＬ　０７６－４３２－６４５５　Fax　０７６－４３２－６４５０