



F A X 045-671-0287

## <介護保険制度改正説明会 参加申込書>

申 込 日		平成 年 月 日	
フリガナ 氏 名			
事業所名			
事業所連絡先	Tel	fax	
受講会場	※受講ご希望の会場を必ず、ご記入ください。  _____ 会場を申したいします。 (会場のご記入がないと、ご受講いただけません。)		

※開催一週間前までに、受講決定通知書をFAXでお送り致します。  
当日は、受講決定通知書をご持参頂き、受付にご提示ください。

FAX番号のご記入は、必ずお願い致します。

- ※ 本会研修委員会で発行した割引券・無料券は使用できません。
- ※ 受講証明書の交付はございません。

申し込み問い合わせ先 一般社団法人 神奈川県介護支援専門員協会  
〒231-0023 横浜市中区山下町 23 番地 日土地山下町ビル9階  
TEL 045-671-0284 FAX 045-671-0287

研修当日連絡 080-2382-0112 E-mail [jimu@care-manager.or.jp](mailto:jimu@care-manager.or.jp) HP <http://www.care-manager.or.jp/>