



送付日 平成 年 月 日

平成27年度

在宅医療・介護連携ケアマネジメントに関する研修会

受講申込書

1	介護支援専門員登録番号	
2	氏名（ふりがな）	( )
3	勤務先名	
4	勤務先住所 (連絡先)	〒  TEL FAX

※研修会当日、本申込書を必ずご持参ください。

FAX : 0985-61-1832 締め切り : 平成28年1月25日(月)

平成27年度

在宅医療・介護連携ケアマネジメントに関する研修会

受講証明書

あなたは、在宅医療・介護連携ケアマネジメント推進事業に基づく標記研修会を受講したことを証します。

平成28年2月3日



※検印がないものは、証明書として無効とします。  
※本証は再発行いたしません。