

受付印

送付日 平成 年 月 日

平成28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
5	受講希望	<input type="checkbox"/> 午前の部 ・ <input type="checkbox"/> 午後の部
6	受講証明書の有無	<input type="checkbox"/> 必要 ・ <input type="checkbox"/> 不要

※研修会当日、本申込書を必ずご持参ください。

受付期間 平成28年12月5日（月）消印～平成29年1月6日（金）必着 FAX：0985-61-1832

平成28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29年1月19日

受講印

※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。