

F A X
0 7 5 - 2 5 4 - 3 9 7 1
(京都府介護支援専門員会)
締め切り 9月13日(金)
送付状は不要です

別紙

平成 25 年度 京都市ケアプラン研修 受講申込書

※記入欄の該当するものを○で囲み、空欄には○を書き入れてください。
※講演会については資料の準備がありますので出欠を必ずご記入ください。

研修コース・日程			記入欄(○をつける)	
合同研修 (講演会・シンポジウム) 10月1日(火)			参加する・しない	
介護予防	<基礎>	10月17日(木)		
	<実践>	①11月16日(土)	第一希望	第二希望
		②11月20日(水)	第一希望	第二希望
居宅介護	<基礎>	10月7日(月)		
	<実践>	①10月19日(土)	第一希望	第二希望
		②11月18日(月)	第一希望	第二希望
施設・居住系	-	①10月23日(水)	第一希望	第二希望
		②10月29日(火)	第一希望	第二希望

※以下、自筆にて全ての項目にご記入ください。(ハンコ使用は不可)

ふりがな			
申込者氏名			
事業種別 (当てはまるものに○)	地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・グループホーム・小規模多機能型居宅介護・特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護療養型医療施設・その他()		
所属事業所名			
事業所所在地	〒 _____		
事業所TEL		事業所FAX	
介護支援専門員の資格	有・無	有の方は 介護支援専門員番号(8桁)	
ケアプラン作成経験	有・無	有の方は その経験年数	年