

提出先:江戸川区福祉部介護保険課事業者調整係 宛

F A X : (5663) 5172

令和元年度ケアマネジメントの質の向上研修会 受講申込書 申込み期限 令和元年5月24日(金)17時まで

※1 「所属」は下記の枠の中から該当する番号を記載してください。

※2 「主任介護支援専門員」は該当する場合に○をつけてください。

※3 「参加可能日」には可能な日全てに○をつけてください。多数申込みの場合、調整の結果受講できない場合もありますのでご了承ください。

※4 「ガイドライン購入」欄は、ガイドラインを研修当日に購入を希望する場合は「○」をつけてください。

	介護支援専門員 登録番号	氏名		ふりがな		所属 (※1)	事業所名 電話番号	主任介護 支援 専門員 (※2)	参加回 (※3)				ガイドラ イン 当日購入 (※4)
		姓	名	せい	めい				第1回 7/19	第3回 8/19	第5回 10/17	第6回 11/18	
1													
2													
3													

(※1) 所属欄 下記の中から選んで番号を記載してください。

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| 1 居宅介護支援事業所 | 7 地域密着型特定施設入居者生活介護 |
| 2 地域包括支援センター | 8 地域密着型介護老人福祉施設 |
| 3 短期入所生活介護 (介護予防を含む) | 9 介護老人福祉施設 |
| 4 特定施設入居者生活介護 (介護予防を含む) | 10 介護老人保健施設 |
| 5 小規模多機能型居宅介護 (介護予防を含む) | 11 介護療養型医療施設 |
| 6 認知症対応型共同生活介護 (介護予防を含む) | 12 その他 |