

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

令和元年度自立支援・重度化防止等に向けた主任介護支援専門員・保険者研修 受講申込書  
申込み期限 令和元年11月12日(火)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 「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。

|   | 介護支援専門員<br>登録番号 | 氏名 |   | ふりがな<br>(ひらがな) |    | 所属<br>(※1) | 事業所名<br><br>電話番号 | 参加回 (※2) |      | 備 考 |
|---|-----------------|----|---|----------------|----|------------|------------------|----------|------|-----|
|   |                 | 姓  | 名 | せい             | めい |            |                  | Eコース     | Fコース |     |
| 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              | 8 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             | 9 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)     | 10 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)  | 11 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)  | 12 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) | 13 介護医療院           |
| 7 看護小規模多機能型居宅介護          | 14 その他             |