

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

自立支援・重度化防止等介護支援専門員質の向上研修 受講申込書

申込み期限 令和3年6月11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 「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

	介護支援専門員 登録番号	氏名		ふりがな (ひらがな)		所属 (※1)	事業所名	参加回 (※2)		備 考
		姓	名	せい	めい		電話番号	Bコース	C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 |