

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 : (5 6 6 3) 5 1 7 2

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5月31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ご了承ください。

	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 電話番号	参加回 (2)			備 考
		姓	名	せい	めい			Aコース	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 |