令和２年度　小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修

**聴 講 申 込 書**

|  |  |
| --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ聴講者氏名 |  |
| 所属市町村又は所属事業所名 |  |
| 所属課名（職名）又は所属職種等 | （例）介護保険課主任、小規模多機能事業所管理者 |
| 所属電話番号 | （　　　　　） |
| 所属ＦＡＸ番号 | （　　　　　） |
| 聴講希望教科名 | 　全部　・　一部　（　 講義全部　・　講義一部　）　※講義の一部の聴講を希望する場合は教科名を記載　（ 教科名： 　　　　　　　 　　　　　　　　 ）　（ 教科名： 　　　 　　　　　　　　　　　　 ）　（ 教科名： 　　　 　　　　　　　　　　　　 ） |
| 備　　　考 | ※本研修を過去に修了している方は○を記入　（　　　） |