|  |
| --- |
| 別紙　2 |

 **FAX送信先　０１９－６２５－７４９4**

|  |
| --- |
| 岩手県高齢者総合支援センター　　及川行＊添書不要 |

令和５年　　　月　　　日

**令和５年度岩手県地域包括支援センター職員「主任介護支援専門員向け」　研修**

**受講申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| **研修日** | **令和５年　１０月２０日（金）　１０：００～１７：００** |
| **市町村名** |  |
| **所属** |  |
| **職種** |  | **包括経験年数** | **年** |
|  |  |
|  |
| **電話番号** |  | **FAX番号** |  |
| **メールアドレス** |  |
| **質問等** |  |
| **「介護支援専門員への後方支援を通じた連携のありかた」について困っていること、情報交換会で話したいこと** |  |

申込締め切り日　　令和５年１０月１３日（金）

※申込書に記入いただいた個人情報は、研修の実施運営のみに使用させていただきます。