

岐阜県居宅介護支援事業協議会 行**平成29年度「多職種連携アセスメント研修」チームエントリー 申込書****1. 居宅介護支援事業所等について**

| | |
|---------------------|-------------------|
| 居宅介護支援 事 業 所 名 等 | 事業所名 〒 |
| | TEL() - FAX() - |
| | E-mail |
| | ケアマネ ジャー 氏名 |

2. ケアチームのメンバー(事業所等)について

※下記3事業所以上の際は本書コピー

| サービス種別 (通所介護等) | 事 業 所 名 ・ 連 絡 先 等 |
|----------------|-------------------|
| | TEL() - ご担当 : |
| | TEL() - ご担当 : |
| | TEL() - ご担当 : |

※① 可能な限りお早目にお申込ください。

一次締切…6月30日(金)

※② FAX受領後に個別連絡の上「参加票」をお送りします。

※③ 各研修会の開催会場については極力近い場所を考慮しご連絡致します。