

FAX送信状  
058-322-3156

岐阜県居宅介護支援事業協議会 行

令和4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。

※② FAX受領後に個別連絡の上「参加票」等のご案内をお送りします。

一次締切 6月30日(木)