別紙　申込様式

|  |
| --- |
| 【申込先】高齢福祉保健課在宅福祉班本間（祐）宛てFAX 025-280-5229メール　honma.yumiko@pref.niigata.lg.jp |

**自立支援型ケアマネジメントに向けた専門職ステップアップ研修**

**参加申込書**

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 申込担当者職名・氏名 |  |
| 電話番号 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 研修参加者氏名 | 所　属 | 役　職 | 電話番号 |
| １ |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |
| ８ |  |  |  |  |
| ９ |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |

 ※行が不足する場合は適宜追加をお願いします。

|  |
| --- |
| 講師への質問等ございましたらご記入願います。 |