

平成 年 月 日

公益財団法人 愛知県シルバーサービス振興会 行
(FAX 052-212-1615)

ターミナルケア研修会参加申込書

<申込期限：1月17日(木)>

受講者氏名 (愛知県介護支援専門員協会 会員は氏名頭部に○をつける)	(生年月日) 年 月 日
職 種	
事業所名	
事業所所在地	〒 <TEL> <FAX>
事業所区分 (レをお付けください)	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム、ケアハウスなど) <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> その他()

会場のご案内

名古屋商工会議所	名古屋市中区栄二丁目10番19号 [地下鉄] 東山・鶴舞線「伏見」(5番出口) 徒歩5分	<TEL> 052-212-1685
----------	--	-----------------------