参加申込書

令和　年　　月　　日

令和４年度帯広市介護支援専門員連絡協議会
第２回学習会参加申し込みについて

申し込みは、下記メールアドレスまでお願いします。

申込先：帯広市介護支援専門員連絡協議会　研修担当（昏本）
申し込みメール：k_kuremoto@hakuaikai.org

●Zoom設定、操作、不具合などにつきましては当協議会は一切責任を負いませんので、各自の責任においてＰＣ等の使用をお願いいたします。

＊必ずメールアドレスを記載して下さい。

■１つのPCで複数参加されても、参加人数は1とカウントします。

■複数名での参加希望の方は、申込書のメールアドレスに同じPCであることが解るように「上記と同じ」または「〃」等の記入をお願いいたします。

■ミーティングルームへの招待メールは９月１５日（木）までに、参加者宛てにご案内いたします。

下記の通り参加申し込みいたします。

申込代表者	**氏　名：**	**電　話：**
	メール：	

申込期限：令和　4年　９月　12日（月）まで

1	氏　　名	メールアドレス	事業形態
			居宅・施設・その他
	所属（勤務先）	ケアマネの経験年数	主任ケアマネ
		1年未満・5年未満・5年以上	あり・なし
2	氏　　名	メールアドレス	事業形態
			居宅・施設・その他
	所属（勤務先）	ケアマネの経験年数	主任ケアマネ
		1年未満・5年未満・5年以上	あり・なし
3	氏　　名	メールアドレス	事業形態
			居宅・施設・その他
	所属（勤務先）	ケアマネの経験年数	主任ケアマネ
		1年未満・5年未満・5年以上	あり・なし
4	氏　　名	メールアドレス	事業形態
			居宅・施設・その他
	所属（勤務先）	ケアマネの経験年数	主任ケアマネ
		1年未満・5年未満・5年以上	あり・なし
5	氏　　名	メールアドレス	事業形態
			居宅・施設・その他
	所属（勤務先）	ケアマネの経験年数	主任ケアマネ
		1年未満・5年未満・5年以上	あり・なし
備考欄			

※記入欄が不足する場合には、コピーして使用してください。