**※送付文不要**

**（一社）新潟県介護支援専門員協会事務局　行**

**ＦＡＸ　０２５－２８２－５１５１**

**７/12(金)　研修会申込書**

**申込締切　7月3日（水）**

送信日　　　月　　　日（送信担当者名　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属事業所名 | | | |
| 所属先住所  〒 | | | |
| 連絡先 TEL　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX | | | |
| № | 会員番号 | （ふりがな） |  |
| 氏名 |
| １ |  |  |  |
|  |
| ２ |  |  |  |
|  |

※会員限定の参加申込とします。会員番号を必ずご記入ください。

※参加費については当日会場受付で徴収します。

※入会ご希望の方は入会申込書もあわせてＦＡＸし、令和元年度年会費3,000円の事前

　振込をお願いします。

（入会申込書は協会ホームページからダウンロードできます）

【連絡先】一般社団法人　新潟県介護支援専門員協会

〒950-0994 新潟県新潟市中央区上所2-2-2　新潟ﾕﾆｿﾞﾝﾌﾟﾗｻﾞ3階

TEL 025-281-5616　　FAX 025-282-5151

E-mail　　info@caremanager-niigata.com

ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞ　https://www.caremanager-niigata.com