

新潟県介護支援専門員協会

FAX : 025-282-5151

※3月4日(水) 正午必着

令和元年度新潟県介護支援専門員実務研修
 <意向調査票>

受講者氏名	
受講コース(受講番号)	新潟・長岡()

受講を希望する研修について、「1」又は「2」のいずれかに○をつけてください。

1 3月に実施する実務研修

※受講対象者は、原則として、3月中に研修を修了しなければ業務等に支障があり、受ける必要がある方を対象とします。

※日程・会場は当初の予定どおりです。~~ただし、受講希望者数により、長岡・新潟コース合同の開催となる場合があります。(変更する場合は、事前に連絡いたします)~~

※以下について、ご記入ください。

(1) 3月に受講しなければならない理由

[]

~~(2) 日程変更した場合について(ア又はイのいずれかに○をつけてください。)~~

~~ア 対応可能~~

~~イ 対応不可能~~

日時・会場は変更せず、開催します。

[理由:]

[]

2 9月に実施する実務研修(1コースのみ)

※3月に受講できなかった科目のみの受講となります。(6日間)

※9月実務研修日程・会場は、決定次第、受講希望者に通知します。

※新たな受講料は発生しません。

問合せ先：新潟県介護支援専門員協会事務局 TEL 025-281-5616