

参加費：会員 無料 / 非会員 1,000円

# 独立型事業所等に勤務する 介護支援専門員のつどい

令和7年  
11月14日（金）  
13：30～16：00  
（受付開始13：15～）



新潟ユニゾンプラザ4階 小研修室3

（定員20名：先着順）

募集対象：新潟県介護支援専門員協会会員・非会員

- \*独立型事業所等に勤務する介護支援専門員
- \*他事業所併設で、1人配置の介護支援専門員
- \*開催趣旨に興味をお持ちの方



下記QRコード  
または裏面申込書により  
**10/20（月）までに**  
お申込みください。



問合せ先：新潟県介護支援専門員協会 事務局  
〒950-0994 新潟市中央区上所2-2-2 新潟ユニゾンプラザ3階  
TEL：025-281-5616 FAX：025-282-5151  
Mail：info@caremanager-niigata.com

●参加の可否は、10月23日(木)頃メールにてお知らせします。

●受講料は事前振込となりますが、振込方法は受講決定時にお知らせします。

今回入会される方は、会員扱いとなります。ご希望の方は入会申込書を協会事務局までFAXし、令和7年度年会費3,000円は事前振込をお願いします。(入会申込書は、協会ホームページよりダウンロードできます。)

●受講決定後のキャンセルは、事務の都合上受講料を納入いただきますので、ご注意ください。

FAX:025-282-5151(事務局行き)※送付文不要

申込締切 10月20日(月)必着

一般社団法人新潟県介護支援専門員協会

## 独立型居宅介護支援事業所等に勤務する 介護支援専門員のつどい

### 申 込 書

送信日 月 日

|                                |                                                                                                                                                 |                                                                                         |      |  |
|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
| 連<br>絡<br>先                    | 事業所名                                                                                                                                            |                                                                                         |      |  |
|                                | 連絡先<br>住所                                                                                                                                       | この連絡先は( <u>自宅</u> ・ <u>勤務先</u> )です。<br>〒<br>TEL: FAX:<br>◎つどい当日に直接連絡が取れる携帯電話番号等<br>TEL: |      |  |
| 受<br>講<br>者                    | (ふりがな)<br>氏名                                                                                                                                    |                                                                                         | 会員番号 |  |
|                                | メール<br>アドレス                                                                                                                                     | ・決定通知、接続情報、当日資料情報の送付に使用します。必ず <u>正確</u> に記載してください。                                      |      |  |
|                                | ・グループ分けに使用します。該当する( )に○を記入してください。<br>( )独立型事業所の管理者です。<br>( )独立型事業所のスタッフ(管理者以外)です。<br>( )他事業所併設で、1人配置の介護支援専門員です。<br>( )独立型事業所に勤務していませんが、興味があります。 |                                                                                         |      |  |
| ・グループで話し合いたいことがありましたら、ご記入ください。 |                                                                                                                                                 |                                                                                         |      |  |