

平成 28 年度 地域包括・在宅介護支援センター リーダー職員研修会

参加・情報交換会・宿泊申込書

・各会場右記の期日までにFAXにてお申込みください

東日本会場 8/8(月)

西日本会場 8/23(火)

・複数名でのお申込みの場合は参加者毎に申込書をご記入、お申込みください。また参加者毎に参加希望会場が異なる場合も同様に希望会場毎に申込書をご記入、お申込みください。

・申込締切日前でも定員(各会場 100 名)に達した場合は受付を終了させていただきます。ご了承ください。

送信内容	新規申込 ・ 内容変更 ・ 参加取消	申込日 (送信日)	月 日
------	--------------------	--------------	-----

参加希望会場 <small>ご希望に○印をつけてください</small>	東日本会場 (東京都:8/29-30 開催)		西日本会場 (福岡市:9/13-14 開催)	
都道府県 指定都市		所属センター名 (所属先)		
センター所在地	郵便番号	参加券等の送付先となります。郵便番号・住所は正確にご記入をお願いします		
	住所			
	電話	FAX	連絡担当者	様
所属センター区分 <small>該当に○印をつけてください。</small>	1. 地域包括支援センター 2. 地域包括支援センターのサブセンターまたはプランチ 3. 在宅介護支援センター 4. その他 []			
センター運営主体区分 <small>該当に○印をつけてください。</small>	1. 市区町村(行政直営センター) 2. 社会福祉法人 3. 社協 4. 医療法人 5. 営利法人 6. その他 []			
参加区分 <small>該当に○印をつけてください。</small>	1. 会員 [参加費 3,000 円]		2. 非会員 [参加費 8,000 円]	
参加者氏名	(漢字)	(ヨミガナ)	センターでの勤続年数	
			約 年	
参加者の役職名 <small>該当に○印をつけてください。</small>	1. センター長 2. 副センター長 3. 居宅介護支援事業所の管理者 4. その他 []			左記役職の経験年数 約 年
参加者の職種 <small>該当に○印をつけてください。</small>	1. 主任介護支援専門員 2. 社会福祉士 3. 保健師 4. 看護師 5. 介護支援専門員 6. その他 []			

情報交換会申込	参加します [参加費 6,000 円]	参加しません
---------	---------------------	--------

*ご希望の宿泊ホテルの記号に○印をつけてください。併せて宿泊希望日および泊数をご記入ください。

宿泊申込	東日本会場		西日本会場	
	A	新橋愛宕山東急 REI ホテル(シングル・朝食付)	C	サンライフホテル 2・3(シングル・朝食付)
	B	マロウドイン赤坂(シングル・朝食付)	D	博多グリーンホテル 2号館(シングル・朝食付)
8 月()日より ()泊		9 月()日より ()泊		

費用計算欄	*お申込み内容に基づく費用の計算をお願いします。			
	①研修参加費 円	②情報交換会参加費 円	③宿泊代 円	費用合計額(①②③の合計額) 円

お申込み
お問合せ先

名鉄観光サービス(株) 新霞が関支店 電話 03-3595-1121 担当 波多野、山辺
FAX 03-3595-1119 **添書不要** 受付時間 平日 9:30~17:30 土日祝日休業

変更・取消のご連絡は本申込書を変更箇所がわかるよう修正の上、再度FAXにてご連絡ください