

(別紙様式)

香川県健康福祉部長寿社会対策課 酒井 行き

Email : ph7355@pref.kagawa.lg.jp

FAX : 087-806-0206 送付状不要

提出期限 : 令和3年7月1日(木)

令和3年度 第1回 東讃地域主任介護支援専門員連絡勉強会(7月15日)出席申込書

① 受講形態 (いずれかを選択してください) <input type="checkbox"/> Web <input type="checkbox"/> サテライト会場	
※ Cisco Webex 接続テスト(7月9日)希望時間: <input type="checkbox"/> 12:30~14:00 (いずれかを選択してください) <input type="checkbox"/> 17:00~18:00	
② 参加者氏名	④主任介護支援専門員の 有効期間満了日
③介護支援専門員登録番号	年 月 日
⑤事業所名	
⑥事業所住所	
⑦連絡先(TEL)	
⑧メールアドレス (※Web受講者は必須)	
⑨事業所の種類 (いずれかを選択 してください)	<input type="checkbox"/> a.地域包括支援センター <input type="checkbox"/> b.居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> c.特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> d.老人保健施設 <input type="checkbox"/> e.介護療養型施設 <input type="checkbox"/> f.特定施設 <input type="checkbox"/> g.認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> h.小規模多機能型生活介護 <input type="checkbox"/> i.現在勤務していない(無職) <input type="checkbox"/> j.その他()
⑩ 現在の職場 における主任介護 支援専門員として の業務従事状況 (いずれかを選択 してください)	<input type="checkbox"/> a.主任介護支援専門員として従事している。 <input type="checkbox"/> b.管理者と主任介護支援専門員を兼務している <input type="checkbox"/> c.管理者として従事している。 <input type="checkbox"/> d.介護支援専門員として従事している。 <input type="checkbox"/> e.他のサービスに従事している。 ⇒(サービスの種類:) <input type="checkbox"/> f.介護サービス関係以外の仕事に従事している。 ⇒(どのような仕事:) <input type="checkbox"/> g.その他()
⑪ 講義に関する内容で講師に質問があれば御記入ください。	

※上記の個人情報は、本事業以外の目的で使用することはありません。