

ケア・サポート講習(オーダーメイド型出張講習)申込書

◆お申込みされる方・事業所等について◆

申込日： 年 月 日

法人名				賛 助 会	会 員
事業所名					非会員
所在地	〒				入会希望
事業内容 *複数可	訪問 ・ 通所 ・ 短期入所 ・ 施設系 ・ 居住系 福祉用具 ・ 多機能 ・ 居宅介護 ・ 障害福祉 その他 ()				
連絡先	TEL :		FAX :		
	E-mail :				
担当者	フリガナ		役職名		

◆具体的な相談内容などについて◆

ご相談内容 <u>具体的に ご記入ください</u>							

実施方法 および場所	☐ 貴事業所 ☐ オンライン ☐ 当センター ☐ その他 ()						
開催希望日時 (1回あたり60分以上でご記入ください)							
第1希望	年	月	日 ()	時	分～	時	分
第2希望	年	月	日 ()	時	分～	時	分
第3希望	年	月	日 ()	時	分～	時	分