

岐阜県居宅介護支援事業協議会 事務局 宛

令和4年3月4・5日/各務原市テクノプラザにて開催  
**「岐阜県主任介護支援専門員 フォローアップ研修」**  
**受講申込書**

※下記にご記入・FAX送信ください。 令和 年 月 日

岐阜県居宅介護支援事業協議会 <u>事業者会員</u>		はい・いいえ
受講者氏名	<u>個人会員</u>	スーパーバイザー (事例提供) ご協力
	はい・いいえ	する・しない
	はい・いいえ	する・しない

サポート型なスーパービジョン体験が可能。事例資料はグループで使用後に全て回収ですので是非。

所属事業所 住所・事業所名	〒 _____  TEL ( _____ ) _____
<u>メールアドレス</u>	ご受講に際して連絡用
申込に際し「特記事項」があればご記入ください。	

- FAXは可能な限りお早めに送信ください。(先着75名限定)
- 受講決定通知類は発出致しませんので、直接会場にお越しください。