別紙１

平成19年度介護予防支援（予防給付ケアマネジメント）従事者研修受講申込み名簿

★受講希望会場を下記の番号より選択し記入してください。

★原則、該当する圏域会場にご参加ください。

★なお定員を超える場合は当方にて抽選にて受講者を決定しますのでご了承願います。**（受講不可の場合のみ保険者を通じて通知します。）**

NO	保険者名	氏名	フリガナ	所属団体・施設名	職種	介護支援専門員登録番号	受講希望会場

[　受講希望会場番号]①岐阜会場　②東濃会場

★平成19年８月20日（月）必着で提出願います。
（担当者宛電子メールでの提出をお願いします。）