

別紙1

平成23年度介護予防ケアマネジメント新任従事者研修受講申込み名簿

保険者名

担当者名・連絡先Tel

【研修参加者】

NO	氏名	フリガナ	所属団体・ 施設名	職種	介護支援専門員の場合 登録番号
1					
2					
3					
4					
5					

【聴講希望者】

NO	氏名	フリガナ	所属団体・ 施設名	職種	聴講希望理由 1職員指導 2プラン点検 3再研修 4その他

※記入欄が足りない場合は適宜追加してください。