

送付先 各務原市役所 介護保険課 介護認定係

FAX番号 058-383-6365

申し込み期限 平成28年9月12日(月)必着**平成28年度認定調査員現任研修受講申し込み名簿**

事業所名
電話番号

受講希望者

NO	フリガナ	職 種	受講歴
	氏 名		
1			無 ・ 有
2			無 ・ 有
3			無 ・ 有
4			無 ・ 有
5			無 ・ 有

* 定員に限りがありますので、ご希望に添えない場合はご了承ください。