



FAX:059-253-1119

(又はFAX:059-271-5700)

【研修会参加申込書】

申込日：令和7年 月 日

法人名			
事業所名			
事業所所在地	〒		
サービス種別 (○で囲んでください)	①訪問介護 ②訪問リハビリ ③通所介護 ④通所リハビリ ⑤短期入所サービス ⑥介護老人福祉施設 ⑦介護老人保健施設 ⑧認知症対応型通所介護 ⑨小規模多機能型居宅介護 ⑩認知症対応型共同生活介護 ⑪居宅介護支援 ⑫有料老人ホーム ⑬サービス付き高齢者向け住宅 ⑭その他 ()		
連絡先	電話番号		
	F A X 番号		
	メールアドレス		
参加者氏名	役職	(フリガナ)	参加方法 (○で囲んでください)
		(氏 名)	会場 ・ Web視聴
参加者氏名	役職	(フリガナ)	参加方法 (○で囲んでください)
		(氏 名)	会場 ・ Web視聴
事前に生産性向上の取組に関する質問等があればご記入ください。(研修内でお答えさせていただく場合があります)			

※ Web視聴参加時の接続先（URL等）は、申込締切後にE-mailにて連絡します。

※ 会場参加又はWeb視聴参加を選んでください。会場参加の場合は、1事業所2名まで申込可能です。

※ 申込締切日：令和7年12月12日（金）

※ 申込書に記載された個人情報は、当センターの個人情報管理規定に従い厳重に管理し、本事業の運営のために使用させていただきます。それ以外の目的では使用いたしません。