

※申込期限：【奄美】 1月30日（月）【鹿児島】 2月6日（月）

平成28年度介護予防従事者専門研修会 参加申込書

【申込会場】

参加会場 (いずれか1つに○)	奄 美 ・ 鹿児島
--------------------	-----------

【所属情報】

所 属 (いずれか1つに○。 1の方は、ア～ウへ○)	1 介護サービス事業所 →【ア 居宅, イ 地域密着型, ウ 入所】 2 医療機関, 3 地域包括支援センター, 4 市町村, 5 県, 6 その他（ ）
勤務先名	
勤務先所在 市町村名	
連絡先	(電話) (FAX)

【参加希望者情報】

	(ふりがな) 参加者氏名	職名 (職種)	出 欠 (出席される日に○をつけて下さい。)					
			8日(奄美)		15日(鹿児島①)		16日(鹿児島②)	
			午前	午後	午前	午後	午前	午後
1	(ふりがな).....							
2	(ふりがな).....							
3	(ふりがな).....							
4	(ふりがな).....							
5	(ふりがな).....							

※ 会場の座席の都合上、午前・午後共に申込み頂いた方を優先させていただきます。

【お問合せ・申込み先】

鹿児島県保健福祉部介護福祉課医療介護連携推進係 宛

〒890-8577 鹿児島市鴨池新町 10-1

TEL : 099-286-2701

FAX : 099-286-5554

E-mail : iryoukaigoi@pref.kagoshima.lg.jp