



# 多職種連携研修会お申込み



## 主任介護支援専門員更新対象研修会

(修了証が必要な方には研修終了後に「研修会修了証」を発行いたします)

必要な方は、氏名の横に○をご記入ください。

事業所名			
電 話		FAX	
参加者	職種	氏名（ふりがな）	修了証 希望者は ○を記入

事前にご質問を受け付けます。ご自由にご記入ください。

[ ]

※お申し込み多数の場合は、参加人数の調整をお願いすることもあります。  
なにとぞ、ご了承・ご協力のほどよろしくお願いいたします。

※研修開催にかかわる緊急連絡事項（天候による開催延期）が発生した場合には、**北九州市在宅医療・介護連携支援センターのホームページ**にてお知らせいたしますので、ご確認ください。  
もしくは、下記までお問合せください。



お申し込みは、**7月11日(木)**までに下記へお願いいたします。

お申込み  
お問合せ

門司区医師会 門司在宅医療・介護連携支援センター

**TEL : 371-3313 FAX : 371-3314**

なお、会場には駐車場がございませんので、**公共交通機関**、もしくは**JR小森江駅前の有料駐車場**をご利用ください