



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ひいたします。

※研修開催にかかる緊急連絡事項（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)までに下記へお願ひいたします。

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