**FAX**

**043-225-0322**

**千葉県健康づくり支援課がん対策班　行**

**1**/**9介護支援専門員のための緩和ケア研修会　参加申込書**

下記FAX申込用紙又は電子メールに必要事項をご記入の上、お申込みください。

**1**/**７**（火）まで

**100**名まで（先着順）

**申込期限**

**定　員**

※定員に達し、ご参加いただけない場合のみ、ご連絡いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 勤務先  事業所種別を  ☑してください | * 居宅介護支援事業所　　□ 高齢者施設　　□ 地域包括支援センター * その他（　　　　 　　　　　　） | | |
|  | | |
| 担当者名 | フリガナ | | |
|  | | |
| 電話 | －　　　　　－ | FAX | －　　　　　－ |
| 参加者  氏名 | フリガナ | | （職種） |
|  | |
| フリガナ | | （職種） |
|  | |
| フリガナ | | （職種） |
|  | |
| 講師への質　　問 |  | | |

**メール**

メール：cantaisaku2@mz.pref.chiba.lg.jp

件名：介護支援専門員のための緩和ケア研修会申込み

本文に、施設名、担当者名、電話番号、参加者名をご記入ください。

**お願い**

* 駐車場がありませんので、公共交通機関のご利用をお願いします。