



**FAX 03-3556-1543**

**C M A T 三二研修会**  
**Vol. 4**

## 申込書

↓ 以下に○をつけたコースの受講を申し込みます。(複数選択可)

選択	開催日程		タイトル
	日程	時間	
終了	①4月24日(土) &5月8日(土)	13:30~15:30	「居宅介護支援事業所の適正な運営管理①②」
終了	②5月22日(土)	13:30~15:30	「認知症支援の現在の動向(MCI・BPSDの対応)」
終了	③5月29日(土)	13:30~15:30	「みんないきいきサービス担当者会議」
終了	④6月5日(土)	13:30~15:30	「支援経過記録の書き方を考える」
	⑤6月26日(土)	13:30~15:30	「業務に生かすスーパービジョン」
終了	⑥7月3日(土)	13:30~15:30	「量的調査・質的調査の方法と分析を学ぶ」

### <申込者>

会員番号	No. _____		
ふりがな			
氏名			
参加証送付先	自宅 職場 (○印をお付けください)		
住所	〒 _____		
事業所名	(職場送付の場合)		
電話	※昼間に連絡のつく番号でお願いします _____	FAX	※キャンセル待ちの連絡等に使用します _____

※最低実施人数に達しない場合は、開催を中止することがあります。

收受印	收受番号	備考欄

