



**FAX 03-3556-1543**

C M A T 三三三 研修会  
Vol. 5

## 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	
	①9月4日(土)	13:30~15:30	「ターミナルを支えるチームケア」
	②9月18日(土) &10月9日(土)	13:30~15:30	「居宅介護支援事業所の適正な運営管理①②」
	③10月23日(土)	13:30~15:30	「みんないきいきサービス担当者会議」
	④11月13日(土)	13:30~15:30	「業務に生かすスーパービジョン」
	⑤11月27日(土)	13:30~15:30	「ケアプランに生かす薬の知識」
	⑥12月4日(土)	13:30~15:30	「事例検討から学ぶケアプランの視点」

### <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

