

平成29年度介護保険指定事業所・施設集団指導講習会受講票

事業所名	
E-mail	
サービス種類	
出席日	2月14日 (午前 ・ 午後) (○を付けてください)
職名・担当	氏名

※参加予定人数を把握したいので、本票を平成30年1月31日(水)までにファックス等で提出ください。また、**会場の都合上参加者は1事業所につき1名までとしてください。申し訳ありませんが、無料駐車場はございません。また、駐車場の台数に限りがありますので、来場の際は公共交通機関をご利用ください。**

※講習内容は2回とも同じです。複数の事業所を代表して出席される場合は、**どの回に出席するかをご記入の上、該当するサービスをすべてご記入ください。**

また、**本票は当日の受付票を兼ねていますので、当日、来場の際にもお持ちください。**
原則として、該当するサービスの講習時間帯にご出席ください。都合の悪い場合は、午前・午後の変更も考慮しますので、事前にご連絡ください。