|  |
| --- |
| **【送信先】NPO法人 但馬を結んで育つ会 事務局　まで**  **※申込み締切**  **６月３日（火）**  **FAX番号：**０５０-３５８８-７１４８  メール：info@tms-net.org |

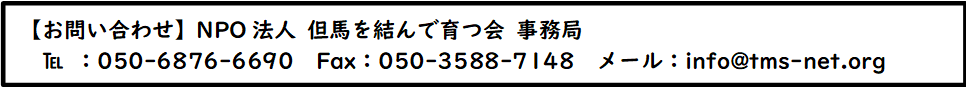
**令和７年度　在宅医療・福祉多職種連携研修会【参加申込書】**

**■団体会員(の職員)の方**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **団体名・施設名** |  | | | |
| **参加予定者①**  **(代表者)** |  |  | **職種** |  |
| **連絡先メール・電話番号** |  | | |
| **介護支援専門員番号** | **＊主任介護支援専門員更新研修証明書発行をご希望の方はご記入下さい。** | | |
| **参加予定者②** |  |  | **職種** |  |
| **介護支援専門員番号** | **＊主任介護支援専門員更新研修証明書発行をご希望の方はご記入下さい。** | | |
| **参加予定者③** |  |  | **職種** |  |
| **介護支援専門員番号** | **＊主任介護支援専門員更新研修証明書発行をご希望の方はご記入下さい。** | | |
| **参加予定者④** |  |  | **職種** |  |
| **介護支援専門員番号** | **＊主任介護支援専門員更新研修証明書発行をご希望の方はご記入下さい。** | | |
| **参加予定者⑤** |  |  | **職種** |  |
| **介護支援専門員番号** | **＊主任介護支援専門員更新研修証明書発行をご希望の方はご記入下さい。** | | |

**■個人会員の方・または非会員の方**

|  |  |
| --- | --- |
| **会員種別** | **□**個人会員　　**□**非会員　　※いずれかの□にチェックを入れて下さい。 |
| **職　　種** |  |
| **氏　　名(フリガナ)** |  |
| **介護支援専門員番号** | **＊主任介護支援専門員更新研修証明書発行をご希望の方はご記入下さい。** |
| **連絡先(メール・電話番号)** |  |

****