**長野圏域介護保険事業者連絡協議会**

**令和６年度　第２回研修会　参加申込書**

長野圏域介護保険事業者連絡協議会 事務局 　行　（送付文不要）

**令和７年２月17日（月）必着**

**FAX　026-225-0568**

**E-mail**kaigo@csw-naganocity.or.jp

１　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 法　　人　　名 |  |
| 施設・事業所名 |  |
| 連　　絡　　先 | 【所在地】〒ＴＥＬ：（　　　）　　　　　　　／ＦＡＸ：（　　　） |
| ＊メールアドレス | 　　　　　　　　　　　　　　　　＠ |

＊オンライン参加の事業所は、メールアドレスを忘れずにご記入ください。

資料等は申し込みのメールアドレスに事前にお送りします。

２　参加方法

どちらかに○をして下さい。

　　１　オンライン　　　２　会場（オンライン環境が整備されていない場合のみ）

３　参加者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 　職　 名 | 氏　 名 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ご意見、ご質問等ありましたらお寄せ下さい。 |

　　　長野圏域介護保険事業者連絡協議会