

# 介護付きホーム「承認マネジメント研修」参加申込書

## FAX: 03-5733-9361

**開催日:平成29年1月20日(金) 東京会場**

会員 非会員の別	会員 ・ 非会員		
法人名		施設名	
施設種別	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> その他( )		
施設住所	〒		
電話番号	( ) -	FAX番号	( ) -
Mail	※メールマガジン配信希望の際は、ご記入ください。		
カナ		役 職	
参加者名		・管理職 ・主任 ・現場リーダー ・その他( )	高齢者施設での 経験年数
カナ		役 職	
参加者名		・管理職 ・主任 ・現場リーダー ・その他( )	高齢者施設での 経験年数
カナ		役 職	
参加者名		・管理職 ・主任 ・現場リーダー ・その他( )	高齢者施設での 経験年数

研修のお申込みを頂いたきっかけは何ですか？(ひとつお選びください)

1. FAX案内    2. 特定協ホームページ    3. 特定協会報    4. メールマガジン    5. Facebook    6. 地域連絡会  
 7. 他団体からの紹介    8. 知人の紹介    9. その他( )

本研修参加にあたって、特に確認したいことがあれば、ご記入ください。  
 ※ご質問いただいた内容は研修の参考にさせていただくもので、研修内で回答するものではありません。