**ＦＡＸ　０２２－７１６－０７１７**

添書不要です。

宮城県ケアマネジャー協会事務局　宛

令和４年度介護支援専門員実務研修実習指導者研修 出席確認票

発信日 　令和　　 年　 月　 日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 介護保険事業所番号 |  |
| 住　　所 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |

**出席 欠席 ※○で囲んでください**

**出席される場合は下記ご記入ください**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏　　名 | ○で囲んでください。※兼務の場合は両方囲んでください | 参加希望日に○をつけてください |
| （フリガナ） | 指導者・管理者 | １２月１３日（火） | １２月１４日（水） |
|  |
| （フリガナ） | 指導者・管理者 | １２月１３日（火） | １２月１４日（水） |
|  |

**回答期限：令和４年１２月２日（金）必着**（必ずご回答願います。）