

宮城県ケアマネジャー協会 行
Email : seminar@mcma.or.jp

FAX 022-716-0717

(件名は「アセスメント研修会申込」でお送りください)

アセスメント研修会

申込書

令和 年 月 日

| | |
|--|--|
| 氏 名 (必須) | |
| 電話番号 (必須) | |
| メールアドレス (必須) ※資料及び ZOOM 案内を 送ります | |

(宮城県医師会館5階、ZOOM)

| | | |
|-------------|-----------|----|
| | ○をつけて下さい | 備考 |
| 令和7年2月1日(土) | 会場 ・ リモート | |

《振込済み確認書類貼付け欄》 (県協会会員は無料)

会員番号 (会員は必須) : _____

※ 振込みが確認できる書類を貼り付け、協会宛てにFAX かメールで送ってください。

※ お送りいただいた個人情報は、本研修以外の目的には使用いたしません。