

FAX: 072-265-0880

## 参加申込書

参加者お名前	
勤務先(所属事業所名)	
連絡先	電話番号:
職種/資格  (介護支援専門員で入会申込を提出される場合、 会員扱いとさせていただきます)	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員 公益社団法人大阪介護支援専門員協会 ⇒ <input type="checkbox"/> 会員 (□入会希望) <input type="checkbox"/> 非会員 ..... <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 精神保健福祉士 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> その他 (

\* 連絡先は、日中に連絡が可能な電話番号を記載して下さい。

\* 参加定員は30名、西区支部の会員優先の先着順です。定員オーバーで参加をお断りする場合は、事務局より連絡させていただきます。

### ○研修会場

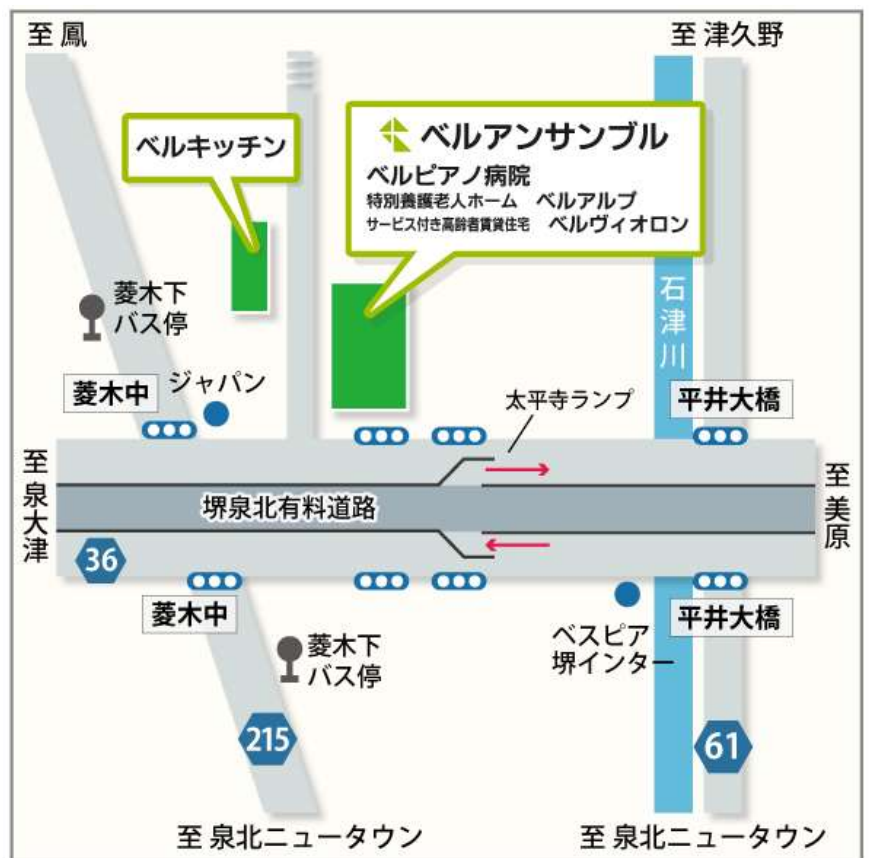
ベルピアノ病院

地域交流ホール

堺市西区菱木 1-2343-11

敷地内の駐車場、2時間無料です。

大阪介護支援専門員協会  
堺市西区支部 事務局  
Tell 072-265-7447  
Fax 072-265-0880



会場アクセス: <https://www.seichokai.or.jp/bellpiano/about/access.html>