FAX送信表

**ケアマネジャー**各位

**ケアマネジャー研修会**　　＜送信枚数　　１　枚（本紙含まず）＞

令和４年**３月２２日（火）に開催の**ケアマネジャー研修会の案内をお送りします。

出欠席の確認のため、出席・欠席を記入しFAXでお申込みください。

**２月２８日（月）締切**

**事業所名**

事業所電話番号：　　　　　　　　　　・FAX番号：

出席　　　　　　欠席

下記に、参加者名をご記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名※名前は正確に記載下さい | 主任介護支援専門員の方で修了証発行希望の方は〇を記入してください。 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※　演習や意見交換を行う可能性があります。フェイスシールドをご持参ください。

※　換気を行い実施します。

令和４年度より、ケアマネジャー研修会のご案内は、レインボーネットでのご案内のみとさせていただきます。ご注意ください。

令和４年度より、地域包括ケア研修会のご案内は、レインボーネットでのご案内のみとさせていただきます。ご注意ください。

別紙「北名古屋レインボーネットを利用した地域包括ケア研修会の案内通知について（事務連絡）」のご確認と周知をお願いします。

・ご確認いただいた場合、下記の確認欄に〇をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 確認欄 |  |

北名古屋レインボーネットの　①トップページと、②プロジェクト北名古屋市高齢福祉課　にてご案内しますのでよろしくお願いします。

ご確認いただいた場合、下記の確認欄に〇をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 確認欄 |  |

ｖ令和４年度より、地域包括ケア研修会のご案内は、レインボーネットでのご案内のみとさせていただきます。ご注意ください。

別紙「北名古屋レインボーネットを利用した地域包括ケア研修会の案内通知について（事務連絡）」のご確認と周知をお願いします。

・ご確認いただいた場合、下記の確認欄に〇をお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 確認欄 |  |

〔問い合わせ先〕

担　　当　　北名古屋市　高齢福祉課　地域包括ケア推進室　酒井

電話番号　　0568-22-1111

FAX番号　 ０５６８－２６－４４７７