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