

送信先 : **FAX :**

一般社団法人熊本県介護支援専門員協会 ( ) 支部

担当 : 行

## 令和 3 年介護報酬改定説明会

参加申込書

締め切り日：令和 3 年 3 月 15 日 (月)

事業所名	
連絡担当者	
TEL	
FAX	

参加者名

氏名	介護報酬改定資料 集購入数 (冊)	修了証明書必要 な方は「○」を 付けてください

※ 欄が足りない時は、コピーしてお使い下さい。