

大阪府委託研修事業 民間事業者対象社会福祉研修 申込書

「介護サービス情報の公表の意義と取組み」

事業者番号	
法人名	
事業所名	
住所	〒 -
電話番号	- -
FAX番号	- -

フリガナ	
受講者氏名	
職種	



クレオ大阪中央 ホール

大阪市天王寺区上汐 5-6-25

地下鉄谷町線「四天王寺前夕陽ヶ丘」駅

1・2番出口から北東へ徒歩3分

- * この研修は訪問リハビリテーション・通所リハビリテーション・介護療養型医療施設のサービスを提供する介護保険事業者と、平成18年4月以降に指定を受けた当制度の対象サービスを提供する介護保険事業者等を対象としています。
- * 複数名での参加を希望する事業所は、この申込書をコピーして使用してください。
- * 申込は先着順とし、定員に達し次第受付を締切ります。
- * 申込書に記載された個人情報については、個人情報保護関係法令を遵守し、本研修の実施事務以外には使用いたしません。

【研修当日、この申込書を必ず持参してください】