

大崎上島町介護予防・生活支援サービス事業
(緩和した基準によるサービス事業) 提供事業者研修 申込書

1 事業所の情報

事業所名称			
所 在 地			
電 話 番 号		F A X 番 号	
介護サービス事業 ○を付してください。	1. 既存事業所（みなし指定） 2. 新規（予定）事業所		

2 研修申込者

(1) 管理者

番号	(ふりがな) 氏名	参加者住所	電話番号
1			
2			

(2) 従事者

番号	(ふりがな) 氏名	参加者住所	電話番号
1			
2			
3			
4			
5			

【説明】 この用紙が足りない時は、複写してご使用ください。