

(別 紙)

令和 年 月 日

_____ 介護保険担当課長 様
(市町村を記入)

法人名 _____

事業所名 _____

管理者名 _____ 印

令和8年度小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修
受講申込書の提出について

時下ますます御清祥のこととお喜び申し上げます。
さて、標記研修の受講申込に伴い別添のとおり必要書類を提出いたします。
つきましては、記載内容を御確認いただき、貴職から福岡県社会福祉協議会長
あて提出いただきますようお願い申し上げます。

担当者 _____

TEL _____

FAX _____