**＜門真第3地域包括支援センター　法定外研修＞**

**『神経難病の方の在宅支援を考える**

**～パーキンソン病・ＡＬＳ（筋萎縮性側索硬化症）～』**

**FAX　072-800-0826　門真第3地域包括支援センター　行**

**申込みの期日：令和6年10月 25日（ 金 ）**

**フリガナ**

**１．参加者名：**

**２．事業所名：**

**３．住所：**

**４．電話番号：　　　　　　　　　　　　　　　　（日中連絡の取れる電話番号）**

**５．FAX番号：**

**６．介護支援専門員登録番号：**

**７．門真市在勤　・　それ以外　(どちらかに○をつけて下さい。)**

**８．神経難病の方の支援で困ったこと、不安なこと、質問したいこと等があれば、**

**ご記入下さい。**

|  |
| --- |
|  |

**〈注　意　事　項〉**

* **法定外研修となりますので、1～7の項目は必ずご記入下さい。**

**記入漏れがある場合は、受付いたしかねます。**

* **先着順で受講決定いたします。受講決定した方には10月31日を目途に通知します。**
* **申込みの期日は厳守でお願いいたします。期日外の申込みは受付いたしかねます。**
* **参加費用は当日に徴収いたします。欠席の場合は、必ず事前にご連絡下さい。**

**連絡無く、研修に参加されなかった場合、受講料をお支払いいただきます。**

* **遅刻や早退等無く適切に受講を修了された場合に限り、修了証明を発行いたします。**
* **申込書の記載内容は、研修の修了書作成のためのみに使用いたします。**