**平成２9年度　介護保険事業所苦情処理研修会**

**参　加　申　込　用　紙**

別紙

　　参加を希望する際は、下記の必要事項をご記入の上、ＦＡＸまたは郵送でお願いします。

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所番号 |  |
| 事業所名称 |  |
| 連絡先 | **〒**　　　　－**TEL****FAX** |

　　【 参 加 者 】**１事業所につき２名までの参加でお願いします。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 職種（該当に㋹点をお願いします） |
| 氏　名 |  | ○代表者・経営者　　○医療関係者○ケアマネ・相談員　○介護従事者○その他（　　　　　　　　　　　） |
| ﾌﾘｶﾞﾅ |  | 職種（該当に㋹点をお願いします） |
| 氏　名 |  | ○代表者・経営者　　○医療関係者○ケアマネ・相談員　○介護従事者○その他（　　　　　　　　　　　） |

　　　※　お申し込み時に定員に達した場合は、ご連絡いたします。

**【お問い合わせ・ホームページ】**<http://www.gunmakokuho.or.jp>

　群馬県国民健康保険団体連合会　介護保険課　　　苦情処理担当　小川・入山

　**〒３７１－０８４６**

**群馬県前橋市元総社町３３５番地の８　（群馬県市町村会館　２階）**

☎　０２７－２９０－１３７６　**FAX　０２７－２５５－５０７７**

　**申込締切日８月２５日（金）**