

F A X 送信先 0 2 2 - 2 9 7 - 0 7 2 1
宮城県障害者福祉センター 宛て

令和3年度 当事者および家族に対する研修会 申込書

「介護保険サービスについて学ぼう」
～自分のため、家族のための介護保険～

記入日： 年 月 日

氏名	ふりがな() (男・女) 年齢:(歳)
住所	〒 電話: FAX:
障がい状況 ※あてはまるもの 全てに○をつけて ください。	肢体不自由 / 知的障害 / 視覚障害 内部障害 / 精神障害 / 聴覚障害 音声言語障害 そのほか() 障害なし
付添者	あり・なし 氏名
その他	職員に知っていてほしいことや必要な配慮などがありましたら、ご記入ください。
介護保険についての質問など	

※ご記入いただいた個人情報は、本研修会の運営に関する連絡にのみ使用させていただきます。

※上記申込書に記入の上、当センターまでご提出いただくか、電話にてお申し込みください。

※今後の県内における新型コロナウイルスの感染状況によっては研修会の中止、延期をする場合があります。ご了承ください。