**２０２４年度地域支援アドバイザー研修参加申込書**

**≪ 会員　　・　　会員外**※どちらかに〇をつけてください　**≫**

|  |
| --- |
| **所属先・市町村名**  **（申込み担当者　　　　　　　　　　　　　　　　）**  **連絡先　住所：**  **ＴＥＬ：**  **ＦＡＸ：**    **E-mail：** |

|  |  |
| --- | --- |
| **第１回参加者名**  **当事者（利用者）の参加　：　　あり　・　なし** | **第２回参加者名**    **当事者（利用者）の参加　：　　あり　・　なし** |
| **第３回参加者名**  **当事者（利用者）の参加　：　　あり　・　なし** | **第４回参加者名**    **当事者（利用者）の参加　：　　あり　・　なし** |

**※事業所職員等の場合、当事者（利用者）の皆さんと一緒に参加可能です。**

**※市町村の皆様へ：地域密着型サービス担当行政との情報交流会（３回目）に**

**つきましては、福岡県より、1月中旬以降、別途ご案内があります。**

　　　　【申し込み・お問い合わせ】

NPO法人福岡県高齢者グループホーム協議会事務局

〒836-0091福岡県大牟田市沖田町492番地

電話：0944-59-1030（月・金10～15時　火10～14時）

FAX：0944-59-1031（FAX、メールは24時間受付）

E-mail：npofukuokagh@orion.ocn.ne.jp