

介護保険事務所 保険給付班 行
F A X 0 1 8 7 - 8 6 - 3 9 1 4

介護保険住宅改修受領委任払事業者

新規登録研修会 参加申込書

(令和8年10月28日(水)開催)

事業者名	
参加者名	
事業所住所 電話番号 F A X 番号	(〒 -) (TEL - -)(fax - -)

介護保険住宅改修についての質問や疑問がありましたら下記へ記載ください。

申込期限：令和8年10月9日(金) 必着

介護保険事務所 保険給付班 T E L : 0 1 8 7 - 8 6 - 3 9 1 1
--