平成　　年　　月　　日

福井県健康福祉部長寿福祉課長　様

主任介護支援専門員更新研修の要件を満たす研修としての承認申請書

１．研修名

２．研修の概要

　　※テーマ、内容、講師、研修の対象者等

　　※研修のチラシ等があれば添付

３．ケアマネジメントの向上のために本研修が必要な理由

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　所　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　印

連絡先　担当者氏名

　　　　連絡先ＴＥＬ