

別添

**FAX : 019-625-7494**

**(公財) いきいき岩手支援財団 岩手県高齢者総合支援センター 吉田 あて**

※ 添書不要

令和7年度岩手県介護予防事業に参画するリハビリテーション専門職  
育成研修会（8/2）申込書

所属先の 所在市町村名			
所属する医療機関、 介護事業所等、 市町村・包括名		Tel	
		Fax	
受講者	職名		
	氏名		
職種			
市町村介護予防事業 への参画の有無			

※1 必要事項を御記入のうえ、**令和7年7月18日（金）まで**に申込み願います。

※2 職種欄は次のいずれかの番号を記入してください。

- ①理学療法士、②作業療法士、③言語聴覚士、④管理栄養士、⑤歯科衛生士  
⑥市町村・包括(保健師)、⑦市町村・包括(行政等)、⑧その他

※3 市町村介護予防事業への参画の有無欄は次のいずれかの番号を記入してください。

- ①参加したことがある、②参加したことがない

〔担当・問い合わせ先〕

岩手県高齢者総合支援センター  
吉田、野口  
◇電話：019-625-7490  
◇FAX：019-625-7494  
◇E-mail：ta-yoshida@silverz.or.jp