

No. \_\_\_\_\_

### 推進リーダー 土会指定事業 申請名簿

事業名  
日時  
場所

	会員番号	氏名	フリガナ	生年月日(西暦)	所属	修了日	地域ケア	介護予防	各推進リーダー登録日 (協会マイページ参照)
1									地域ケア: 介護予防:
2									地域ケア: 介護予防:
3									地域ケア: 介護予防:
4									地域ケア: 介護予防:
5									地域ケア: 介護予防:
6									地域ケア: 介護予防:
7									地域ケア: 介護予防:
8									地域ケア: 介護予防:
9									地域ケア: 介護予防:
10									地域ケア: 介護予防:

・リーダー登録前の土会指定事業参加は認められませんのでご注意ください。リーダー登録後に参加された土会指定事業の申請をお願い致します。