

FAX締切 11月22日(木)

平成30年度認知症予防研修会申込書

平成30年 月 日

FAX 087-835-4777

かがわ健康福祉機構 研修部 あて

施設・事業所区分：(※ 該当に○印をつけてください)

養護老人ホーム・特養ホーム(地域密着含む)・軽費老人ホーム・有料老人ホーム・
短期入所生活介護事業所・介護老人保健施設(老健)・認知症対応型共同生活介護(GH)
小規模多機能型居宅介護・複合型サービス・通所介護(デイサービス)・
地域包括支援センター・その他()

施設名： _____

所在地： _____

担当職氏名： _____

TEL： _____

下記のとおり申し込みます。

(フリガナ) 氏名	職名 (又は職種)	性別	年齢	福祉職員としての 通算経過年数(注)	備考
()		男 女			
()		男 女			
()		男 女			

(注) 年齢、経過年数は、研修当日時点をご記入ください。

※ 個人情報、研修目的のためにのみ利用させていただきます。

※ 原則、先着順の受付といたしますが、申込み多数の場合、調整させていただくことがあります。

11月26日(月)までに当研修部から連絡のない場合は、受講可の返事に代えさせていただきます。

※ オンライン申込みもできます、ご利用ください。 <http://www.kagawa-swc.or.jp/home/home.htm>

⇒オンライン申込はこちら