

FAX送付先

053-570-1889

静岡県認知症高齢者グループホーム連絡協議会セミナー

平成30年度 全体研修 参加申込書 11月10日

事業所名					
会員No.	該当する方に○をつけ会員様は5桁の会員番号(封筒記載番号)をご記入下さい 会員 (No.) ・ 非会員				
参加者	ふりがな		性別	経験年数	職種
	氏名		男・女	年 月	
	ふりがな		性別	経験年数	職種
	氏名		男・女	年 月	
	ふりがな		性別	経験年数	職種
	氏名		男・女	年 月	
住所	〒 -				
電話					
FAX					
申込担当名					
<講師の先生方にお聞きしたい質問事項がございましたら、ご記入下さい>					

※お申し込みの締め切りは、平成30年 10月 31日(水)とさせていただきます。

締切後でも申込枠がある場合、受付可(お気軽にお問い合わせください)

*申し込みの確認が取れましたら、後日、研修受講票を送付いたします。受講票が届きましたら内容をご確認のうえ、当日お持ち下さい。(研修日3日前になっても受講票が届いていない場合はお手数ですが事務所までご連絡下さい)

静岡県認知症高齢者グループホーム連絡協議会 浜松事務所

担当：松井

〒430-0925 浜松市中区寺島町 853-10-1405 浜松認知症ケア研究所

TEL: 053-570-1887 FAX: 053-570-1889