

『認知症研修会』参加申込書 ～認知症ケアをめぐる最近の動向～

市町名 _____

事業所名 _____

代表者 _____

連絡先 _____

申込日：平成 年 月 日

氏名 (ふりがな)	職 種 (☑してください)	認知症ケア専門士 の方は○印を付け てください	介護福祉士会会員の方は 会員番号を記入して下さ い
	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他		3 5 - ()
	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他		3 5 - ()
	<input type="checkbox"/> 介護職員 <input type="checkbox"/> 訪問介護員 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> 相談員 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他		3 5 - ()

※ 申込締切日：平成29年5月29日（月）（参加が叶わない場合のみ、連絡いたします。）

※ 申込書に必要事項を記入の上、本会事務局あて郵送またはFAXでお申込みください。

※ 参加申込書に記載された個人情報は、本研修の運営管理のみに使用させていただきます。

申込み・問い合わせ先：山口県介護福祉士会
〒754-0893 山口市秋穂二島1062
山口県セミナーパーク 福祉研修センター内
TEL 083-987-0122 FAX 083-987-0124
E-mail info@yamaguchi-kaigo.jp
HP <http://www.yamaguchi-kaigo.jp/>

携帯サイト

山口県介護福祉士会の
各種情報が携帯から
ご覧いただけます



<http://www.yamaguchi-kaigo.jp/>