



滋賀県介護福祉士会事務局 宛 FAX 番号 077-569-5173 (送付状不要)

申込期限： 令和元年11月19日(火) ※締め切り後は受けません。

## 令和元年度 認知症ケア連続研修会 申込書

<input type="checkbox"/>	会員 (会員番号 25- )
<input type="checkbox"/>	法人賛助会員 (法人・事業所名 )
<input type="checkbox"/>	非会員

↑いずれかに○を。

フリガナ 氏 名	
自宅住所	〒 連絡の取りやすい電話番号：
勤務先	(法人名・事業所名)
	(住所) 〒 TEL: FAX:
決定通知書 送付先	・ 自宅 ・ 勤務先 (どちらかに○をしてください)

※申込書に記載された個人情報は本研修以外で使用することはありません。

※郵送で申し込まれる場合は、個人でお控えをお取りください。

※申し込み締め切り後、随時、受講定通知を郵送します。