



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2年10月19日(月)必着**

## 令和2年度 認知症ケア研修 申込書

	会員 (会員番号25- )
	法人賛助会員 (法人・事業所名 )
	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： (法人名・事業所名)
勤務先	(住所) 〒
	TEL: FAX:
通知の送付先	・自宅 ・勤務先 (どちらかに○をしてください)

**参加希望** (※参加希望日に○をしてください。)

11月16日(月)	11月24日(火)	全回(2回)

※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、個人で控えをお取りください。  
※受付後、随時、受講可定通知を送付します  
※受講料は原則返金しませんが、都合により開催が中止になる場合のみ返金します。