



滋賀県介護福祉士会事務局 宛 FAX番号077-569-5173

申込期限：令和5年11月15日（水）必着

令和5年度 認知症ケア研修 申込書

QRコードからの申込もできます→



	個人会員（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○をしてください。

フリガナ 氏 名
自宅住所	〒 _____
電話番号	(日中連絡可能な電話番号)
メール アドレス	
勤務先	(法人名・事業所名) (所在地) 〒 _____ TEL : _____ FAX : _____
事業所 種別	例：特別養護老人ホーム 通所介護事業所 など
通知決定 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には本研修以外で使用することはありません。

※申込先着順に受け付け、通知送付先に受講決定通知書を送付します。

※受講料は原則として返金しませんが、開催中止になる場合のみ返金します。

【問い合わせ先】

一般社団法人 滋賀県介護福祉士会 事務局
〒525-0072滋賀県 草津市 笠山7丁目8番138号
電話 077-569-5133 FAX 077-569-5173