

## 平成 29 年度 認知症ケア研修 受講申込書

介護福祉士の

	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○

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	勤務先法人名及び事業所名（フリガナ） _____  勤務先事業所住所 〒 _____  TEL: _____ FAX: _____

↑ 受講決定通知等の送付先としていずれかに○

<b>&lt; 当会使用欄 &gt;</b>			
<input type="checkbox"/> 申込み受付日	年	月	日
<input type="checkbox"/> 受講決定通知日	年	月	日
<input type="checkbox"/> 入金日	年	月	日

※研修受講不可の場合のみ電話にてご連絡いたします。  
 ※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。  
 ※申込書に記載された個人情報とは本研修以外での使用はいたしません。  
**※研修当日の携帯電話番号： 090-9840-7042**  
 ※申込み用紙受付後 2 週間以内に受講決定通知及び振込用紙等を発送いたします。