



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 6年11月30日（土）必着

令和 6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 : |
| 通知決定 送付先 | ・自宅 ・勤務先 (どちらかに○をしてください) |

※受講申込書に記入された個人情報は、会の運営に役立たせていただきます。

※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