

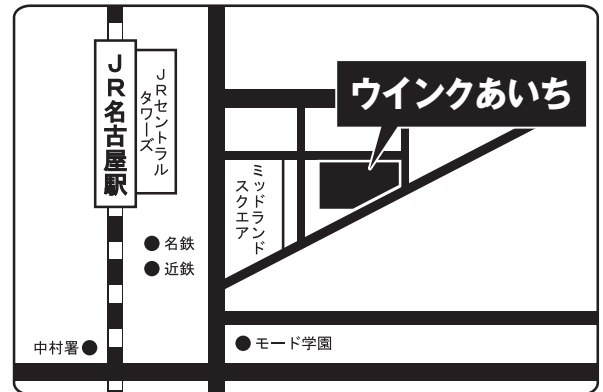
# 送信先 FAX : 0562-44-5831

## 認知症介護研究・研修大府センター 行き

定 員 : 250 名 (先着順)

申込方法 : 参加申込書に必要事項を記入の上、9月9日(金)までにインターネット又はFAXにてお申込み下さい。締切日に関わらず、定員に達した場合は申込みを締切らせていただきます。定員を超えた場合のみ、ご連絡を申し上げます。

参加決定 : 参加決定者には「受講票」のハガキを9月20日(火)頃までに発送します。当日は、必ず「受講票」をご持参下さい。



〒450-0002 愛知県名古屋市中村区名駅4丁目4-38  
●JR名古屋駅桜通口からミッドランドスクエア方面 徒歩5分  
お願い 車でのお越しはご遠慮下さい。

## 第20回 大府センター 認知症ケアセミナー

### 参加申込書



申込書ダウンロード

(DCnet) <https://www.dcnet.gr.jp/info/>

(若年性認知症コールセンター) <https://y-ninchisyotel.net/>

インターネットからの  
申込みはこちらから

所属先名		
所属先種別	(主となる所属先1つを選択ください) ①特別養護老人ホーム ②介護老人保健施設 ③グループホーム ④有料老人ホーム ⑤通所介護事業所 ⑥居宅介護支援事業所 ⑦認知症疾患医療センター ⑧⑦を除く医療機関 ⑨地域包括支援センター ⑩社会福祉協議会 ⑪行政関係 ⑫一般企業 ⑬その他(右記にご記入下さい)	
「受講票」 郵送先	(所属先・自宅) 〒 _____  (自宅希望の場合、1名ずつお申込み下さい)	
連絡先	(所属先・自宅) TEL _____	_____
	(所属先・自宅) FAX _____	_____
参加者名	(ふりがな) _____	(職種に○を付けて下さい) 介護職・看護職・リハビリ職・相談職 事務職・その他( _____ )
	(ふりがな) _____	(職種に○を付けて下さい) 介護職・看護職・リハビリ職・相談職 事務職・その他( _____ )
参加者名	(ふりがな) _____	(職種に○を付けて下さい) 介護職・看護職・リハビリ職・相談職 事務職・その他( _____ )
	(ふりがな) _____	(職種に○を付けて下さい) 介護職・看護職・リハビリ職・相談職 事務職・その他( _____ )

お問い合わせ先

社会福祉法人仁至会 認知症介護研究・研修大府センター (担当:花井)

〒474-0037 愛知県大府市半月町三丁目294番地

TEL:0562-44-5551 FAX:0562-44-5831 Mail:jimubu.o-dcrc@dcnet.gr.jp