

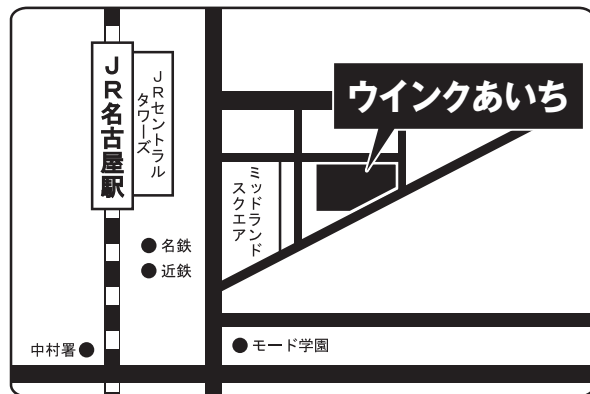
送信先 FAX : 0562-44-5831

認知症介護研究・研修大府センター 行き

定員：300名(先着順)

申込方法：参加申込書に必要事項を記入の上、8月31日(火)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、メールまたはFAXで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10日(金)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19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

施設名 事業所名	(種別に○を付けて下さい) 入所系施設・通所系施設・居宅介護支援事業所・医療機関・その他 ()	
住所	(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 氏名	(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 事務職・その他 ()
参加者名 氏名	(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 事務職・その他 ()
参加者名 氏名	(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 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