

2019年度 埼玉県認知症ケア技術向上事業 認知症介護事業者全体研修会申込書

一般社団法人
埼玉県老人福祉施設協議会 会長 様

施設名	ふりがな	
住所		
連絡先 担当者名		
電話番号 FAX番号	Tel	Fax

下記のとおり標記研修に申し込みます。

記

参加者氏名	職名	開催日時・会場場所
ふりがな		2019年 月 日 会場：
ふりがな		2019年 月 日 会場：

* 申込期限 各圏域会場によって申込期限が異なりますので、申込期限・申込方法をご確認
下さるようお願い致します。

※定員に達した場合、申込期限より前に申し込みを締め切ることがあります。

埼玉県老人福祉施設協議会事務局 行 (Fax: 048-762-3964)