



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 5年2月22日（水）必着

### 令和4年度 認知症ケア研修 申込書



こちらのQRコードからも申込できます⇒

	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	.....
申込時間	・ 1部（14時～15時）      ・ 2部（18時30分～19時30分） <small>（どちらかに○をしてください）</small>
メール アドレス （必須）	
ZOOM接続の テスト	・ 希望する      ・ 希望しない <small>（どちらかに○をしてください）</small>
自宅住所	〒 緊急連絡の取れる電話番号：
勤務先	（法人名・事業所名）  （所在地）〒  TEL：      FAX：
個人会員の方 研修ポイント 証明書郵送先	・ 自宅      ・ 勤務先  <small>（どちらかに○をしてください）</small>

※申込書に記載された個人情報は本研修以外で使用することはありません。