

送信先 FAX : 03-3334-2156

認知症介護研究・研修東京センター研修部 行

平成 29 年度 第 2 回 認知症介護指導者養成研修

公開研修 申込書

所属名 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____

ご希望のプログラムに○をお付けください。(複数選択可)

お名前	1 人材育成論	2 成人教育論	3 職場研修報告 (1日目)	4 職場研修報告 (2日目)
例) 東京花子	○		○	

お預かりした個人情報は、研修の運営業務以外の目的では利用いたしません。

お問い合わせ先

社会福祉法人浴風会 認知症介護研究・研修東京センター (担当: 滝口・中村・寺崎)

〒168-0071 東京都杉並区高井戸西 1-12-1

TEL03-6743-2165 FAX03-3334-2156

E-mail: shidousya-kensyu@dcnet.gr.jp