

認知症ケアセミナー 参加申込書

FAX、E-mail、ハガキにてお申し込みください。

FAXの場合

送信先FAX番号

03-3334-2718

認知症介護研究・研修東京センター行き

申込み締切

8月31日(金)

下記の空欄にご記入の上、本紙をそのまま上記FAX番号までお送りください。

代表者 氏名	フリガナ	認知症ケア専門士 の方ですか? はい・いいえ
勤務先		
住所	〒 -	
連絡先	TEL - - FAX - -	
	E-mail	
参加者 氏名	フリガナ	認知症ケア専門士 の方ですか? はい・いいえ
	フリガナ	認知症ケア専門士 の方ですか? はい・いいえ

定員 200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(金)までにFAX送信して下さい。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。受付に漏れた方のみ、電話またはFAXでご連絡を差し上げます。

単位申請 「認知症ケア専門士」の単位認定申請をされる方は「専門士証(カード)」をご持参下さい。当日忘れた方は申請出来ない場合があります。

会場アクセス



- 京王井の頭線
富士見ヶ丘駅より 徒歩 8分
高井戸駅より 徒歩 12分
- 荻窪駅南口より関東バス
芦花公園駅行・千歳烏山駅經由北野行
浴風会前下車 徒歩8分

E-mailの場合

送信先E-mailアドレス

seminar@dcnet.gr.jp

氏名(代表者/参加者)、住所、電話番号、勤務先、認知症ケア専門士の有無(全員分)をご記入の上、上記メールアドレスまで送信ください。

ハガキの場合

ハガキに、氏名(代表者/参加者)、住所、電話番号、勤務先、認知症ケア専門士の有無(全員分)をご記入の上、右記までお送りください。

ハガキ送付先・お問い合わせ

〒168-0071 東京都杉並区高井戸西1-12-1
社会福祉法人 浴風会
認知症介護研究・研修東京センター
TEL:03-3334-2173 FAX:03-3334-2718