|  |
| --- |
| **提出先****高齢介護課　地域包括支援担当　福田****申込期限　　令和元年7月10日（水）****FAX 0898-34-5077（送付状不要）** |

**令和元年度 認知症ケア研修会**

**参加申し込み名簿**

医療機関名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 職　名 | 基礎資格 | 経験年数 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**※申込み多数の場合は事業所毎に調整する場合があります(その場合には7/25までに別途連絡します)。ご了承ください**

〇講師への質問事項がありましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |