|  |
| --- |
| ＦＡＸ送信先今治市高齢介護課　地域包括支援担当　行**ＦＡＸ 0898-34-5077**資源保護のため、送信票は不要です |

**平成30年度 今治市認知症ケア多職種協働研修会（H30.10.8開催）**

**参加申込書**

**※受講決定通知等は送付いたしません。定員を超えた場合のみご連絡いたします。**

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 | サービス種別 |
| 電話番号（必ずご記入ください） |  |
| FAX番号 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな氏　名 | 職　種 | 備　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

※ご記入頂いた個人情報は、本研修会の運営以外の目的では使用しません。

〇認知症ケアに関する疑問・質問がありましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |

**〆切　平成30年9月26日（水）**