|  |
| --- |
| **提出先****高齢介護課　地域包括支援担当　福田****申込み期限　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　参加申込み名簿**

合同研修(8/2)のみか連続講座かのどちらかに○をご記入ください。

申込み多数の場合は誠に勝手ながら、こちらで調整させていただく場合があります。

受講不可の場合には、7/25までに不可の旨を別途通知します。

事業所名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 職　名 | 基礎資格　 | 経験　年数 | 8/2のみ | 連続講座 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

〇講師への質問事項がありましたらご記入ください。

|  |
| --- |
|  |