

認知症の人と家族の会大分県支部 R5定期総会講演会申込用紙

お申込み先

(公社)認知症の人と家族の会 大分県支部

FAX番号

097-552-6897

メールアドレス

jaoita@siren.ocn.ne.jp

| | 氏名 | 住所 | 電話番号 | 所属 | ケア 専門士 |
|---|-----|----|------|----|-----------|
| 1 | 代表者 | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |

※認知症ケア専門士単位取得を希望される方は「ケア専門士欄」に○を記入してください
※ケア専門士の方は、専門士カードをご持参いただき、受付で提示してください

締切日:5月10日(水)

定員になり次第締め切らせていただきます。

※天候の悪化等諸事情により中止などの場合は、申込者(代表者)にご連絡いたしますので連絡先を明示してください。