平成３０年度　埼玉県認知症ケア技術向上事業

**認知症介護事業者訪問研修会の希望調査**

一般社団法人

埼玉県老人福祉施設協議会　会長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 埼玉県施設名（※） | ふりがな |
|  |
| 住所 |  |
| 連絡先担当者名 |  |
| 電話番号ＦＡＸ番号 | Tel　　　　　　　　　　Fax |
| 老施協会員区分 | 会　員　・　非会員 |

下記のとおり標記研修希望します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 希望日 | 時間 | 希望時間数 | ②・③を選択した場合は理由をお書きください |
| 第１希望 | 平成　　月　　　日（　　） | 午前の部午後の部 | 1. 3時間
2. 2時間30分
3. 2時間
 |  |
| 第２希望 | 平成　　月　　　日（　　） | 午前の部午後の部 | 1. 3時間
2. 2時間30分
3. 2時間
 |  |

**回答期限　平成３０年８月１５日（水）**

埼玉県老人福祉施設協議会事務局　行（Fax:**０４８－７６２－３９６４**）

ご質問事項等がありましたらご記入の上参加申込書と一緒に送信下さい。

【質問事項】

|  |
| --- |
|  |