**平成３０年度　埼玉県認知症ケア技術向上事業**

**認知症介護事業者全体研修会申込書**

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 |

下記のとおり標記研修に申し込みます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 参　加　者　氏　名 | 職　名 | 備　考 |
| ふりがな |  |  |
|  |
| ふりがな |  |  |
|  |

＊申込期限　各圏域会場によって申込期限が異なりますので、申込期限・申込方法をご確認

下さるようお願い致します。

※定員に達した場合、申込期限より前に申し込みを締め切ることがあります。

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】

|  |
| --- |
|  |