

FAX 043-244-6022
送付文は不要です

千葉県認知症コーディネーター・地域支援推進員
フォローアップ研修参加申込書

「申込期限:平成30年2月9日(金)」

所属名 _____

電話番号 _____

FAX番号 _____

氏名	職名	コーディネーター・ 支援推進員の別	2月22日		2月23日	
			参加	昼食	参加	昼食
		<input type="checkbox"/> コーディネーター <input type="checkbox"/> 支援推進員				
		<input type="checkbox"/> コーディネーター <input type="checkbox"/> 支援推進員				
		<input type="checkbox"/> コーディネーター <input type="checkbox"/> 支援推進員				

注) 1 研修は、2日間同一の内容で、どちらも定員は80名です。

参加希望日の参加欄に○印を付してください。

なお、参加希望者数により受講日を調整させていただく場合がありますので、両日とも出席可能な方は、優先順位(①・②)を付して提出してください。

注) 2 コーディネーター・支援推進員欄に☑をお願いします。

注) 3 弁当(ホテルの弁当1,000円(税込))を希望される方は、参加日の昼食欄に○印を付してください。

弁当代は、当日受付にてお支払いください。(前日・当日は、キャンセルできません)

一般社団法人千葉県高齢者福祉施設協会長 様

平成30年 月 日

上記のとおり参加申込をいたします。