

申し込み先：FAX：053-482-7778

回想法研修会 in 静岡

～「回想法」を学び、実践に生かす～

申 込 書

申込み日： 年 月 日

ふりがな	
氏名	
いずれか該当する番号を○で囲んでください。(カッコ内は参加費)	
1. 日本認知症グループホーム協会会員	(¥1,000)
2. 静岡県認知症ケア専門士会会員	(¥1,000)
3. 認知症ケア専門士	(¥2,000)
4. その他一般	(¥3,000)

連絡先	書類送付先の番号を○で囲み、住所欄にご記入ください。 1. 勤務先 [勤務先名称：] 2. 自宅
住所	〒 _____ TEL：() - FAX：() -
その他	携帯：() - E-mail： 資格等：() () () ()
参加確認 連絡方法	1又は2に○をして、FAX番号又はメールアドレスをご記入ください。 1. FAX：() - 2. メール：

※**FAXにてお申込みください。**申し込み後、FAX又はEメールにて参加確認のご連絡をさせていただきますので、確実に連絡のつく連絡先をご記入くださいますようお願いいたします。尚、申込み後、1週間～10日経っても確認の連絡がない場合には、下記へお問い合わせください。

※参加費については、当日受付でのお支払いとなります。

※本申込みの個人情報については、本研修会の運営の目的以外では使用致しません。

<問い合わせ先>静岡県回想法研修会 担当 菅野真紀(静岡県認知症ケア専門士会)

☎ 053-522-8840 (浜松人間科学研究所・居宅介護支援事業所恵)

当日連絡先：090-2921-0001