

家族支援に向けたスキルアップ研修会

～在宅で認知症の方を介護している家族を支える～

参加申込書 (枚中 枚)

※複数名で参加の場合はコピーをとってご使用ください。また、用紙右上に申込枚数をお書きください。
今回はモデル事業のため事業所所在地域以外の会場には参加できません。

会場番号		職種	
------	--	----	--

事業所種別 ○をつけてください	特別養護老人ホーム 居宅介護支援事業所	老人保健施設 小規模多機能ホーム	デイサービス その他 ()	デイケア	地域包括支援センター
法人名・ 団体名					
連絡先	〒 ー				
返信先 TEL / FAX	TEL		FAX		
フリガナ					
氏名					

受付締切 会場によって異なりますので、会場・参加対象者一覧をご参照ください。

【注意事項】

- ・定員を超えた場合は抽選させていただきます。参加の可否は申し込み締め切り後、上記の返信先宛に FAX にてご連絡いたします。
- ・お申し込みは FAX のみの受け付けとなります。

【お問い合わせ・申し込み先】



認知症介護研究・研修仙台センター

「家族支援スキルアップ推進室」 (担当: 堀籠・春川)

TEL 022-277-3115 (受付時間 9:00 ~ 18:00 ※土日・祝日除く)

FAX 022-277-3115

ここからは事務局欄です。

1. 参加できます
会場と日時をご確認ください

2. 参加できません
今回は申し訳ありませんが

受付日	
受付番号	