

# 認知症ケアセミナー 参加申込書

FAX、E-mail、ハガキ、Webにてお申し込みください。

## FAXの場合

送信先FAX番号

# 03-3334-2718

認知症介護研究・研修東京センター行き

申込み締切  
8月30日(金)

●下記の空欄にご記入の上、本紙をそのまま上記FAX番号までお送りください。

●Bコースは先着20名限定となります。

お申込み後、決定された方は当センターよりメールにてご連絡致します。

代表者氏名	フリガナ	認知症ケア専門家の方ですか? (はい) (いいえ)	コースを選択してください。 (A) (B)
勤務先			
住所	〒 -		
連絡先	TEL - -	FAX - -	
	E-mail ※Bコースを選択された方は必ずご記入ください		
参加者氏名	フリガナ	認知症ケア専門家の方ですか? (はい) (いいえ)	コースを選択してください。 (A) (B)
	フリガナ	認知症ケア専門家の方ですか? (はい) (いいえ)	コースを選択してください。 (A) (B)
	フリガナ	認知症ケア専門家の方ですか? (はい) (いいえ)	コースを選択してください。 (A) (B)

定員 200名 (先着順)

**申込方法** 参加申込書に必要事項を記入の上、8月30日(金)までに申し込みをしてください。締切日に関わらず、定員に達した場合は申込みを締切らせていただきます。受付に漏れた方のみ、電話またはFAXでご連絡を差し上げます。

**単位申請** 「認知症ケア専門家」の単位認定申請をされる方は「専門士証(カード)」をご持参下さい。当日忘れた方は申請出来ない場合があります。

## 会場アクセス



- 京王井の頭線  
富士見ヶ丘駅より 徒歩 8分  
高井戸駅より 徒歩 12分
- 荻窪駅南口より関東バス  
芦花公園駅行・千歳烏山駅経由北野行  
浴風会前下車 徒歩8分

## E-mailの場合

送信先E-mailアドレス

# seminar@dcnet.gr.jp

Web申込みはこちら



氏名(代表者/参加者)、住所、電話番号、勤務先、認知症ケア専門士の有無(全員分)をご記入の上、上記メールアドレスまで送信ください。

## ハガキの場合

ハガキに、氏名(代表者/参加者)、住所、電話番号、勤務先、認知症ケア専門士の有無(全員分)をご記入の上、右記までお送りください。

ハガキ送付先・お問い合わせ

〒168-0071 東京都杉並区高井戸西1-12-1  
社会福祉法人 浴風会  
認知症介護研究・研修東京センター  
TEL:03-3334-2173 FAX:03-3334-2718