

FAX 送信  
(0794) 82-5500

令和3年1月14日(木)

認知症初期集中支援チーム研修 「がんばりすぎない介護」 申込み用紙

三木市中央地域包括支援センター 宛て

フリガナ	
参加者氏名	1. 市民 2. 民生委員児童委員 3. 介護・医療関係者
連絡先	電話 ー ー
住所または 所属(勤務先)	〒 ー
フリガナ	
参加者氏名	1. 市民 2. 民生委員児童委員 3. 介護・医療関係者
連絡先	電話 ー ー
住所または 所属(勤務先)	〒 ー
フリガナ	
参加者氏名	1. 市民 2. 民生委員児童委員 3. 介護・医療関係者
連絡先	電話 ー ー
住所または 所属(勤務先)	〒 ー
フリガナ	
参加者氏名	1. 市民 2. 民生委員児童委員 3. 介護・医療関係者
連絡先	電話 ー ー
住所または 所属(勤務先)	〒 ー

- 参加券はがきは送られません。
- ご記入いただいた個人情報は、研修以外の目的では使用いたしません。
- キャンセルの場合は、速やかにご連絡をお願いいたします。
- 参加者が多数の場合は、1事業所で複数名申込をされている事業所の人数を調整していただく場合がありますので、ご了承ください。