

FAX 022-303-7570 認知症介護研究・研修仙台センター 合川 行き

\* 下記の空欄にご記入のうえ、本用紙をそのままお送りください。

\* 申込み締め切りは5/14(金)です。

\* 定員に達ししだい締め切ります。

\* 認知症ケア専門士の方は、本セミナーに参加されると、認知症ケア専門士単位 2単位が加算されます。

(\*ただし、第Ⅰ部及び第Ⅱ部のみ参加の場合は、加算されません。)

\* 認知症ケア専門士単位を希望される方は、当日「専門士証カード」をお持ちください。

## 認知症介護セミナー 参加申込書

参加代表者 氏名	認知症ケア専門士資格 有 無
所属	
連絡先	TEL — — FAX — —
申込人数	_____名 (参加合計人数をお書きください) ※ 参加希望の番号を○で囲み、氏名をお書きください 1 第Ⅰ部のみに参加希望 2 第Ⅱ部より参加希望 3 両方とも参加希望  _____ 認知症ケア専門士資格 有 無  _____ 認知症ケア専門士資格 有 無  _____ 認知症ケア専門士資格 有 無  _____ 認知症ケア専門士資格 有 無  _____ 認知症ケア専門士資格 有 無

＝お問合せ先＝

認知症介護研究・研修仙台センター

合川・田村・菊池

〒989-3201 仙台市青葉区国見ヶ丘 6 丁目 149-1

TEL 022-303-7550(代) FAX 022-303-7570