

平成 29 年度第 1 回特別講演会
認知症サポーター養成講座
～認知症を正しく理解し、地域で支えよう～

参加申込書

	ふりがな 氏 名	住 所	電話番号	備 考
1				
2				
3				

当日、講師に質問等がありましたら、ご記入ください。

【個人情報の取り扱いについて】

参加申込書によって取得した個人情報は、当事業の運営にのみ利用するものとします。

〈申し込み・問い合わせ先〉

国際医療看護福祉大学校

社会福祉士科通信課程 渡邊

TEL 024-973-5062

E-mail i-medical.tsushin@fsg.gr.jp