

## 参加申込書

### 会場参加希望(締切3/13)

氏名		氏名	
フリガナ		フリガナ	
住所	〒 ( 自宅 ・ 職場 )	住所	〒 ( 自宅 ・ 職場 )
電話番号		電話番号	
認知症 ケア専門士 資格	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	認知症 ケア専門士 資格	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

セミナー開催日前日までに、参加証ハガキを送付致します。ハガキ持参で会場にお越しください。認知症ケア専門士の資格をお持ちの方は「専門士証カード」を持参下さい。

### WEB参加希望(締切3/17)

氏名		氏名	
フリガナ		フリガナ	
住所	〒 ( 自宅 ・ 職場 )	住所	〒 ( 自宅 ・ 職場 )
電話番号		電話番号	
認知症 ケア専門士 資格	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	認知症 ケア専門士 資格	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
メール アドレス		メール アドレス	

お申込頂いたメールアドレスに視聴用URLを送付致します。

- 頂いた個人情報は、本セミナー実施のため以外には使用しません。
- 資源保護のため、送信票は不要です。

### 【申込先】

FAX

089-975-9300

社会福祉法人慈光会 ていれぎ荘(担当:横田)