

【東予地区研修受講申込書】

必要事項をご記入の上、申し込み締め切り日までに事務局までファックスにてご返送下さい。

- 日 時：平成 29 年 1 月 13 日（金） 19：00～21：00
- 場 所：西条市総合福祉センター 3階 研修室（2）
西条市神拝甲 324 番地 2 電話 0897-55-0294
- 研修内容：『認知症対応』
- 講 師：有限会社 エンジェル・コール 代表取締役 越野 文枝 氏
- 参加人数：80 名
- 受講料：会員一人 1,000 円 （非会員一人 2,000 円）

注 1) 駐車場は各自で対応してください。

注 2) 参加当日の欠席の連絡は必要ありませんが、当日☎連絡が必要な場合は研修会場ではなくこちら→電話 090-1005-1456(奥野谷)にお願いします。

事業所名	(会員 ・ 非会員)	
連絡先	(TEL)	(FAX)
氏名		
氏名		
氏名		
氏名		
氏名		

※締め切り 1月6日（金）

送付先 FAX番号：089-989-2557
一般社団法人 愛媛県地域密着型サービス協会事務局

FAX受付確認印 希望する
(確認印が必要な場合のみ○印をつけてください。)