**第３回若年認知症基礎講座の受講申込書**　　　受付ＮＯ

ＦＡＸ　０１１－２０５－０８０４

上記FAXの調子の悪い時は011-623-4332　９時～１７時（個人宅のため厳守）

メール　jakunen.kita.sap@kkf.biglobe.ne.jp

＜締め切り2/20（月）＞

　一人 １枚でお書きください

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| 連絡先  ＊連絡先はこちらから連絡が可能なところをご記入 | 住所（自宅　職場） |
| ＴＥＬ　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ |
| 勤務先 | ・勤務先名称  ・現在従事している職種　　　－○印つけてください  介護職員・ケアマネジャー・生活相談員・訪問介護員・看護師・精神保健福祉士  ・他（　　　　　　　　　　　)　　　・役職　（管理者　代表） |
| 自由交流会参加 | ○しるしをつけてください  　　　　　する　　　　　しない |

***＊申込み記載はご本人がご記入ください。代筆では氏名記載が間違っていることがあります。***

**申し込み方法他**　　受講は全プログラムを受講できる方に限ります。ご了承ください。

1. 受講申込書に必要事項を記入の上、ＦＡＸまたはメールでお申し込みください。

　　ＦＡＸに支障が疑われる場合は他のFAXで申込みしてください。

②申込書を当会で確認次第、受講手続き・受講受付票・振り込み票を送付いたします。

受講は事前に振り込み終了した方に限ります。必ず、期限内に振り込みをしてください。

（申込みだけでは受講できません）

③欠席になった場合、振り込んだ受講料は返却いたしませんのでご了承ください。

但し、配付資料は送付いたしますので必ず欠席の場合は連絡をしてください。

＊申込書の個人情報取り扱いに注意し、当法人の活動に関する案内以外には使用しません。