

令和2年度 認知症ケアパス普及研修会 参加申込書

事業所名

連絡担当者名

連絡先電話番号

下記の希望する会場に○を付けてください

- ①介護老人保健施設くろかみ会議室 ②JA阿新生活センター2階会議場
③新見市地域福祉センター ④リモート参加(事業所より) ⑤リモート参加(自宅より)

参加者氏名	職種	備考

★認知症に方に対する取り組み等で、講師の先生方にお尋ねしたいことがありましたら、下記にご記入ください。

--

連絡・送付先

アドレス mansaku@kurokami.jp

FAX 71-0309

新見市在宅医療・介護連携支援センターまんさく 宛

★会場の変更をお願いする方には2月26日までにご連絡させていただきます。連絡のない場合、希望された会場で受講してください。

★リモート参加の方の研修資料は、3月5日に連絡担当者の方宛にチャットで送らせていただきますので必ずご確認ください。メール添付での送信をご希望の方はご連絡ください。

☆申込書は新見地域在宅医療支援システム研究会(旧新見市在宅医療連携拠点まんさく)ホームページからダウンロードできます。

申込締切りは令和3年2月22日です