



# 参加申込用紙



## 第13回認知症ケアスタッフのための認知症講座

日時：令和元年9月21日(土) 13:30~16:30 場所：藍野病院 5F 多目的室

※ 受付期間は9月7日(土)まで

ふりがな	
① お名前	② 男 ・ 女
③ 施設名(所属)	④ 職種
⑤ 認知症ケア専門士ですか？ ( はい ・ いいえ )	
⑥ 住所(参加証の郵送先をご記入下さい) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先(どちらかに✓をつけて下さい) 〒 _____	
⑦ 電話番号	_____
⑧ メールアドレス:	_____

**医療・福祉関係者対象です**

### <お申し込み方法>

FAXをご利用の方は申込書にご記入ください。Eメール、ハガキの方は①番から⑧番の項目を明記し、下記住所(Eメールアドレス)までお送りください。

FAX以外でお申し込みの場合は、お手数ですが、「第13回認知症ケアスタッフのための認知症講座申し込み」と明記ください。

- ・ 申込多数の場合は先着で80名様とさせていただきます。
- ・ 参加申込の受付は「参加票」ハガキのご送付と致します。
- ・ 研修会当日に大雨、大雪、台風などの恐れや地震災害などで開催が困難な場合には、当日の朝10時までに開催の有無を当院のホームページにてお知らせいたします。

◆宛先 〒567-0011 大阪府茨木市高田町11番18号 医療法人恒昭会 藍野病院 宛  
FAX : 072-627-7633  
Eメール : staff - ninchi @ aino-hp.koshokai.or.jp

◆お問い合わせ先 072-627-7611 (代表) 地域医療連携室 たくぼ 田窪 (茨木市認知症地域支援推進員)  
看護部 うえば 上場