

送付先：神戸女子大学健康福祉学部社会福祉学科実習指導室 宛

医療・介護等従事者のための研修会**認知症のある人を支える医療・福祉・介護の連携 参加申込書**必要事項をご記入のうえ、**10/31 (土) まで**にFAXまたはメールにてお送りください

申込日：2020年 月 日

定員（40名）になり次第、締め切らせていただきます

ふりがな 氏名				性別	男・女
連絡先 <input type="checkbox"/> 勤務先 または <input type="checkbox"/> 自宅 ※いずれかに☑	住所（〒 - ）※連絡先が勤務先の場合は、事業所名等明記してください				
	事業所名				
	業種		部署		
	電話		携帯(PHS)		
	E-mail				

ご記入いただいた個人情報は、本研修会に関する連絡のみの使用とし、それ以外の目的では使用いたしません。

参加日	受講予定日にチェックを入れてください	
	<input type="checkbox"/>	11/15 (日) ②2020年 <u>申込〆切日：10/31 (土)</u>

【注意事項】

参加についての確定通知は発行いたしませんのでご了承ください。申込み多数の場合は先着順となり、参加受付ができない場合ご連絡いたします。なお、参加者にはCOVID-19感染拡大防止のための対応（マスク着用、手指の消毒、検温）のご協力と、今後の感染状況により、研修会の中止またはオンラインでの開催などに変更する場合がありますので、合わせてご理解ください。メールでお申し込みされる際には、we-career@yg.kobe-wu.ac.jp宛てに、件名を「医療・介護等従事者のための研修会(11/15日)」とし、メール本文に上記必要事項を入力してください。

主催

神戸市中央区港島中町 4-7-2 神戸女子大学ポートアイランドキャンパス

神戸女子大学健康福祉学部社会福祉学科 TEL : 078-303-4841

FAX 番号 078-303-4844