

平成 30 年 3 月 10 日 (土)

「認知症の方への回想法」ステップアップ研修
参加申込書

F A X : 050-3737-4902

(ふりがな) 参加者氏名			
連絡先 (職場・自宅) ↑ いずれかに○印 をお付け下さい	〒		
	電話		
	FAX		
職場 (所属団体)		職 種 職 位	
回想法専門研修の 受講履歴 受講年月日・会場	平成 () 年 () 月 北名古屋 東京 その他 ()		
受講希望理由 :			
お弁当を希望しますか (¥500 円)	はい いいえ		
懇親会に参加しますか ※○で囲んでください	はい いいえ		
シルバー総合研究所の年会員に 入会しますか ※○で囲んでください	はい いいえ すでに入会している		
通信欄			

※ 上記すべてにご記入をお願いいたします

< 問い合わせ先 > NPO 法人シルバー総合研究所

〒338-0812

さいたま市桜区神田 313-1 B105

電話 048-711-7762

FAX 050-3737-4902

mail: info@silver-soken.com

http://www.silver-soken.com