

## 平成 26 年度愛知県認知症地域支援体制づくり人材養成研修

## 受講申込書（認知症グループホーム・医療関係者）

申込種別	※いずれかに○を付けて下さい 認知症グループホーム職員 ・ 医療関係者
所属機関名	
取りまとめ担当者 氏 名	
住 所	
連絡先	電 話 : (            )            —
	F A X : (            )            —
	メールアドレス :
申込人数	人 (内訳は下表のとおり)

	氏 名	フリガナ	職 種	経験年数	参加希望日 (○で囲む)
1				年目	三河 : 9/11 尾張 : 9/18
2				年目	三河 : 9/11 尾張 : 9/18

●申込期限 平成 26 年 8 月 ~~1-2 日(火)~~ 15 (金)

電子メールでお申込み下さい。

申込書は、あいち介護予防支援センターホームページからダウンロードが可能です。

(<http://www.ahv.pref.aichi.jp/kaigo/index.html>)

**送付先** あいち介護予防支援センター

住 所 愛知県知多郡東浦町大字森岡字源吾山 1 - 1  
(あいち健康プラザ内)

E-mail kaigoyobou@grp.ahv.pref.aichi.jp