

送信先 FAX: 0562-44-5831

認知症介護研究・研修大府センター 行き

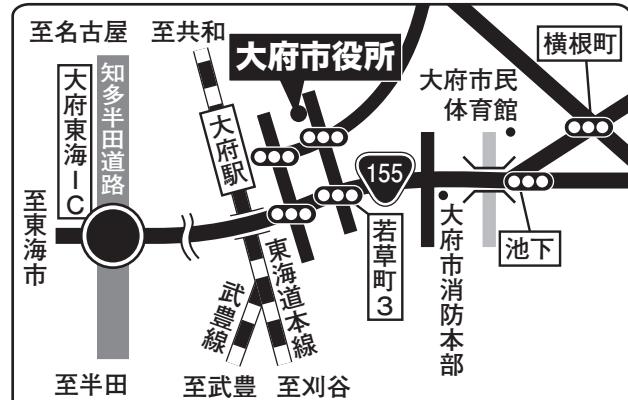
定 員: 70 名(事前申込制)

申込方法: 参加申込書に必要事項を記入の上、10月4日(金)までにFAX 送信して下さい。

締切日に関わらず、定員に達した場合は申込みを締切させていただきます。

定員を超えた場合のみ、電話または FAX で連絡を差し上げます。

対 象: 行政担当者、認知症地域支援推進員、地域包括支援センター職員、認知症カフェ運営者、認知症カフェを開催予定の方など



〒474-8701 愛知県大府市中央町五丁目70番地

令和元年度 認知症カフェセミナー

参 加 申 込 書

申込書ダウンロード

(DCnet) <http://www.dcnet.gr.jp/info/>
(若年性認知症コールセンター) <http://y-ninchisyotel.net/>

施設名 事業所名		
住所	〒 _____	
連絡先	(所属先・自宅) TEL (所属先・自宅) FAX	_____
参加者名	(ふりがな)	(職種)
参加者名	(ふりがな)	(職種)

現在、認知症カフェの運営等での課題や困っていることがありましたらご記入下さい。

お問い合わせ先

社会福祉法人仁至会 認知症介護研究・研修大府センター(担当:齊藤・花井)

〒474-0037 愛知県大府市半月町三丁目294番地

TEL:0562-44-5551 FAX:0562-44-5831

Mail:jimubu.o-dcrc@dcnet.gr.jp