

※送信票は付けずに、このまま送信してください。

**FAX 番号 078-361-6652**

コロナ禍における高齢者施設等の感染対策  
～認知症や精神症状のある方への対応～（12月12日開催）

**申込期限 11月30日（月）**

所属施設			
電話番号		FAX 番号	

**申込者欄**

※欄は○をご記入ください

事前にいただきましたご質問等は研修内でご紹介し、お答えいたします。

	フリガナ 氏名	※ 職 種	※ 出席方法	リモート出席者用 メールアドレス
1		保・助・看・ その他（            ）	協会・リモート	@
	<u>ご質問やご意見等あればご記入ください。</u>			
2		保・助・看・ その他（            ）	協会・リモート	@
	<u>ご質問やご意見等あればご記入ください。</u>			
3		保・助・看・ その他（            ）	協会・リモート	@
	<u>ご質問やご意見等あればご記入ください。</u>			
4		保・助・看・ その他（            ）	協会・リモート	@
	<u>ご質問やご意見等あればご記入ください。</u>			

※リモート出席の場合、ご記入いただいたメールアドレスにID・パスワードを送信させていただきます。  
I（アイ）/1（イチ）・-（ハイフン）/\_（アンダーバー）・0（オー）/0（ゼロ）など判別しづら  
い文字にはフリガナをお願いします。

※複数名でリモート聴講される場合はメールアドレスは代表者のみでも結構ですが氏名は必ずご記入く  
ださい。

※申込者欄が足りない場合はこの用紙をコピーしてご使用ください。

※個人情報の保護については、本会の規定に基づき適切に行います。研修申込に際していただいた情報は  
研修の目的以外には使用いたしません。