　　別紙２（実践者研修）

控えは必ずとってください

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **令和５年度岩手県認知症介護実践者研修　受講確認書** | | | | 第　　　期 |
| フリガナ |  | 生年月日 | 昭和  平成 | 年 　月 　日 |
| 氏名 |  | 携帯電話番号 |  | |
| 勤務先名称 |  | 勤務先  電話番号 |  | |
| 勤務先所在地 | 〒 | | | |

* 令和５年度岩手県認知症介護実践者研修の受講について**（該当する方を〇で囲んでください）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講する | 受講しない | 受講しない理由（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

* キャンセル待ちの方がいますので、受講しない場合は速やかに（受講決定通知到着後1週間以内）に

ＦＡＸまたはメールにてご提出願います。

**提出期限：６月21日（水）消印有効**

* 受講料のお支払いについて

研修初日に会場で振込用紙を配付しますので、期日までにお振込みください。

詳細は、研修当日にご説明いたします。

≪お問い合わせ先≫

〒020-0015　盛岡市本町通3－19－1　公益財団法人いきいき岩手支援財団　研修課

電話：019-629-2300、FAX：019-625-7494

Eメールアドレス　kenshu@silverz.or.jp