

FAX

03-3334-2156

Mail

registration@dcnet.gr.jp

の場合

の場合

認知症ケアエキスパートのための介護過程実践研修

受講申込書

氏名	
所属施設名	
所属住所	〒
所属先 TEL	
Mail アドレス	*このアドレスに決定通知を送ります
サービス種別	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> GH <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他
認知症ケア専門士単位希望	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
PC 持参	<input type="checkbox"/> PC は持参する <input type="checkbox"/> PC はセンターのものを利用する
認知症介護指導者の有無	<input type="checkbox"/> あり（東京・仙台・大府） <input type="checkbox"/> なし
通信欄	