

認知症介護の実際

認知症家族の会「上越支部」の皆様から日々の体験に基づいたお話を聞き、ご家族の思いに触れ交流を通し一緒に学びあいましょう。

- 1 開催日時 令和4年10月22日(土) 10:00~12:00 (受付9:45~)
- 2 内 容 認知症家族の会の皆様からリアルな事例 など
- 3 会 場 上越市市民プラザ2階 第2会議室 (上越市土橋1914-3)
- 4 講 師 認知症家族の会「上越支部会員」
- 5 受講料 介護福祉士会会員 1,000円 非会員 2,000円
(受講料は当日ご持参ください)
- 6 定 員 30名(定員になり次第締切ります)
- 7 申込締日 令和4年10月14日(金)
- 8 申込方法 下記申込書に記入の上、FAX・郵送等でお申込みください。当会HPからもお申込できます。受講票等は発送いたしませんので、当日は直接会場までお越しください。また、受付にて新型コロナウイルス感染拡大防止の対策で参加同意書にもご協力をお願いいたします。(内容次第では受講できない場合もございます)定員を越えるお申込みがあった場合は、ご連絡をさせていただき、お断りさせていただく場合があります。
- 9 申込先 公益社団法人新潟県介護福祉士会事務局
〒950-0994 新潟市中央区上所2-2-2 新潟ユニゾンプラザ3階
TEL 025-281-5531 FAX 025-281-7710 HP <http://www.kaigo-niigata.or.jp>
- 10 その他 新型コロナウイルス感染拡大防止の対策にご協力をお願いいたします。
新型コロナウイルス感染拡大の状況により、中止または延期になることがあります。また当会ホームページに開催の可否が掲載されることもございます。

〈上越ブロック主催 認知症介護の実際 受講申込書〉 申込日 月 日

ふりがな			会員番号	会 員 15- 非会員
申込氏名	男		勤務先の 事業所名	
	女			
連絡先住所 自宅・勤務先 (どちらかに○)	〒 -		勤務先での 役職名	
日中連絡先 電話(携帯)			介護職 実務経験年数	年 月

※ご記入頂きました個人情報、本研修受講管理以外では使用いたしません。研修終了後は責任を持って処理いたしますのでご了承ください。

送信先FAX番号 025-281-7710