

# 岩手県認知症ケア専門士会 研修申込書

ふりがな 氏名	
認知症ケア専門士番号 (資格保有者のみ)	
参加方法	現地参加 リアルタイム オンデマンド (当日 ZOOM 参加) (後日動画視聴)
参加費支払い方法	現地支払い 振込み
連絡希望先	自宅 勤務先 その他( )
住所	
メールアドレス	
電話番号	
勤務先	