**令和７年度竜王町認知症ケア研修会参加申込書**

※締め切り：質問をご希望の方は７月１４日（月）まで、参加申込のみの方は 7 月 31 日（木）までとなります。

**氏名／事業所名**

# 連 絡 先

介護サービス事業所職員、介護支援専門員、医療関係者等は 下記に参加者氏名の記入をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| **氏 名** | **職 種** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**・Q＆A で聞きたい内容をご記入ください**

竜王町福祉課（竜王町地域包括支援センター）

担当：吉田

電話 ：0748-58-3704

FAX:0748-58-8019