

FAX 048-835-4344

VOL. 4



申 込 書

月 日	テ ー マ	定 員	受 講 料	受 講 希 望 者 は○印を付 て下さい
9/13,9/27,10/4	ケアマネジメント研修	48	会 員 15,000 円 非 会 員 17,000 円	
9/20,10/4、10/18	認知症ケアプラン	50	会 員 18,000 円 非 会 員 20,000 円	

- ①締切り：定員なり次第締め切らせていただきます（先着順です）。
 ②申込み：申込書に記入し、事務局 **FAX048-835-4344** へご返送ください。
 （郵送も可です）

住所：〒330-0062 さいたま市浦和区仲町 2-13-8 ほまれ会館
 特定非営利活動法人埼玉県介護支援専門員協会

- ③受講料：**前納付制**です。下記郵便振込先に振込みください。なお、7日前までにキャンセルを申し出た方のみ手数料差引いて返却いたします。

- ④お願い：欠席の場合は、セミナーの前日までに必ずご連絡ください TEL048・835・4343

郵便振込先 口座番号 00120-8-463352
 加入者 NPO 法人 埼玉県介護支援専門員協会

領収書は、振込控をもって代えさせていただきます。

ふり仮名 どちらかに○ 正会員・非会員

お名前 _____

〒 _____

連絡先住所 _____

日中連絡可能な

連絡先電話番号 _____ 連絡先 F A X _____

*参加者には参加者証を送ります（FAXまたは封書）が開催日6日前まで届かない場合は事務局までお知らせください。