

# 熊本県認知症ケア専門士会 10周年記念大会 参加申込書

フリガナ			
氏名			
住所	( <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅 ) 【勤務先名(※勤務先住所の方のみ)】		
TEL		FAX	
Mailアドレス (URL送り先)	フリガナ		
	Mail		
認知症ケア専門士資格 専門士NO	<input type="checkbox"/> 資格あり <input type="checkbox"/> 資格なし		※有資格者はご記入下さい
参加項目	<input type="checkbox"/> 会員 <input type="checkbox"/> 非会員・一般 (※会員とは令和3年度熊本県認知症ケア専門士会のことをさします。)		
希望参加方法	<input type="checkbox"/> 会場 <input type="checkbox"/> オンライン(ZOOM)		
オンライン 受講者	受講方法	<input type="checkbox"/> 勤務先用 <input type="checkbox"/> 個人用 <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> スマートフォン(スマホ)	
	参加者数	<input type="checkbox"/> 一人 <input type="checkbox"/> 複数( 人) (※複数参加の場合は申込者以外の参加者名を記載してください。)	

※1枚につき1名様のお申込みになりますので、複数人でのお申込みの場合はコピーしてお使い下さい。

※メールでもお申込みができます。メール用申込書をご希望の方は事務局までご連絡下さい。

〈参加費〉 会員 1,000円 (R3年度熊本県認知症ケア専門士会員)  
非会員・一般 3,000円

注意事項) ご入金後の参加者の都合や原因による不参加に対する返金は致しかねます。

〈支払方法〉 ①振込 ②現金書留による郵送 ③直接事務局まで支払い のいずれかで前払い  
《振込先》 熊本第一信用金庫御船支店  
口座番号:普通 0139821  
口座名:熊本県認知症ケア専門士会 会長 松永 美根子  
注意事項) お振込みは必ず1名ずつ申込者氏名でお振込みください。

〈申込・支払期日〉 申込期限:令和3年11月14日(日)  
支払期限:令和3年11月15日(月) ※申込書と参加費の支払い確認を持って参加受付と致します。

## 〈研修会受講にあたって〉

### 【会場・オンライン参加者共通】

- ・研修会領収証や必要な配布資料はメールにて添付致しますので、必ずメールアドレスをご記入下さい。

### 【会場参加者の方】

- ・会場はマスク着用となります。
- ・接触確認アプリ(COCONA)の活用を推奨します。

### 【オンライン参加者】

- ・1台のPCによる複数人の参加も可能ですが、参加申込は全員が必要となります。
- ・ご登録いただいたメールアドレスに11月20日~25日の間に参加URLお送りします。

## 【お申込・お問合せ先】

熊本県認知症ケア専門士会事務局 (小規模多機能ホームひごっ家内)

〒861-1205 熊本県菊池市泗水町福本780

TEL:0968-38-0035 FAX:0968-41-5035 mail:kumamoto.dc2012@gmail.com