

申込日 年 月 日

第 12 回学術集会認知症予防専門看護師研修会

申込用紙 FAX : 093-654-6364

氏 名 :

会 員 番 号 :

電 話 番 号 :

F A X 番 号 :

メールアドレス :

参 加 方 法 : 現地参加 ・ WEB 参加(スキルアップセミナーのみ)

<input type="checkbox"/> 認知症予防専門看護師教育セミナー (認知症予防専門看護師資格未取得者 対象)	<b>10,000 円</b> (学生 : 5,000 円※申し込み時に学生証要)
<input type="checkbox"/> 認知症予防専門看護師スキルアップセミナー (認知症予防専門看護師資格保持者 対象)	
<input type="checkbox"/> 認知症予防専門士テキストブック【改訂版】	<b>4,000 円</b>

【スキルアップセミナーWEB よりご参加の方は下記に資料送付先をご記入下さい。】

送 付 先	<input type="checkbox"/> 所属 <input type="checkbox"/> 現住所
所 属 先 名	※送付先を所属先に選択された方は、所属先名をご記載下さい。
郵 便 番 号	〒
住 所	

《備考》

※領収証が必要な方は備考欄に記載ください。

<お問い合わせ>

一般社団法人日本認知症予防学会 [事務局] 担当:中村  
〒805-0033 福岡県北九州市八幡東区山路松尾町 13-27  
TEL:093-654-6363 FAX:093-654-6364  
E-Mail : jsdp@ninchishou.jp