

申込日 年 月 日

第 12 回学術集会 認知症予防専門士研修会

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 (どちらか必ず選択ください)

※ チェックをつけてください。 ※

<input type="checkbox"/> 認知症予防専門士講座 (認知症予防専門士資格未取得者 対象)	10,000円 (学生:5000円※申し込み時に学生証要)
<input type="checkbox"/> 認知症予防専門士スキルアップセミナー (認知症予防専門士資格保持者 対象)	
<input type="checkbox"/> 認知症予防専門士テキストブック【改訂版】	4,000円

WEBにて受講予定の皆さまは、下記に資料送付先住所をご記載下さい。

送付先: 所属 ・ 現住所 (どちらかご選択ください)

※「所属」を選んだ場合、所属先も記載下さい。

〒

《備考》

※領収証ご入用の場合はお宛名をご記入の上、お申し付けください。

<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