

**参加申込書**

&lt;申込先&gt;

京都府高齢者支援課地域包括ケア推進係 1/22(金) ㄨ

担当: 嵯峨山 E-mail: a-sagayama71@pref.kyoto.lg.jp

FAX: 075-822-3574

**令和2年度認知症リンクワーカー養成研修 参加申込書****◆申込担当者**

所属		
フリガナ		
申込担当者名		
連絡先 (必須)	メールアドレス	
	電話番号	

**◆参加者名**

※申込担当者が参加される場合も、参加者名欄に氏名等必要事項を御記入ください。

※欄が不足する場合は行を挿入してください。

	所属	職名	(フリガナ) 氏名	職種	備考
1					
2					
3					
申し込み人数計					人

**<通信欄>**

------------------