

締切日:令和5年8月25日(金)必着

(担当 新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局 真保 行)

FAX:025-281-7710

認知症サポーターステップアップ講座 受講申込書

申込日:令和 年 月 日

ふりがな	
氏名	(歳)
住所 (職場・自宅)	〒 ー 市 区 (勤務先名:)
電話 (日中連絡可能な連絡先)	
FAX	
メールアドレス	
該当のいずれかに○をつけてください	①介護従事者 ②医療従事者 ③ボランティア ④その他()
これから認知症サポーター養成講座を受講する方は予定日を記載ください(原則、開催日前までの受講が必要) 月 日	

新潟市では、認知症サポーターステップアップ講座を受講された方に随時、認知症に関連する研修会等の情報やアンケートをお送りさせて頂く場合がございます。

ご希望・ご協力頂ける方は、上欄にご記載の個人情報の登録について同意頂くとともに、情報の送付方法を選択ください(迅速な情報提供のため、電子メールでの提供が難しい方に限り郵送をご選択ください)。

上記個人情報の登録に同意します

①電子メール (電子メールでお送りした方には、郵送はいたしません)

②郵送

※参加お申込みいただいた方については、原則受講決定とし、定員を超えた場合のみ連絡させていただきます。

※本申込みにより本会が収集した個人情報は、以下の目的にのみ利用し、当事業目的以外での利用や第三者への提供を行いません。

1. 情報送付を希望されない方の個人情報については、本講座の連絡のみに使用し、それ以外には使用しません。

2. 情報送付をご希望の方についても、1.に加えて情報送付のみに使用し、それ以外には使用しません。

【郵送またはメールの場合】

〒950-0994 新潟市中央区上所2-2-2 新潟ユニソンプラザ3階

新潟市認知症サポーターキャラバン事業事務局(公益社団法人新潟県介護福祉士会)

電話:025-281-5531

Eメール:kaigo@sage.ocn.ne.jp

受付No. _____ 受付日:令和 年 月 日