

「知って・支える『認知症』」 受講申込書

○申込は、令和4年2月11日（金）までです。期間外の申込は無効です。

多可郡多可町中区岸上 280

多可赤十字病院 医療社会事業課 TEL 0795-32-3810（直通） FAX 0795-32-5277（直通）

○受講の可否については、申込期間終了後、ご連絡いたします。

○受講可であっても、申込者本人以外の代理受講はできません。

○申込内容は、多可赤十字病院からの通知以外の目的で使用いたしません。

楷書でご記入ください

講習名称	「知って・支える 『認知症』」	受講日	令和4年2月25日（金）		
ふりがな 氏名		性別	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日生（才）
現住所	〒 -			電話	（ ） -
				FAX	（ ） -
				携帯	- -
該当する項目にレ印を入れてください。	<input type="checkbox"/> 赤十字関係者 <input type="checkbox"/> 赤十字ボランティア（防災ボランティア、奉仕団員） <input type="checkbox"/> ボランティアを目指す者 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
所属	所属団体・会社名等を記入				
備考					

以下事務局記入欄（記入しないでください。）

備考					
受付 年月日	令和 年 月 日（ ）	受付者			番号
教材費 受領	月 日（ ）	受講票	令和 年 月 日（ ）発送済		

多可赤十字病院