J-P-Dネットワーク　入会申込書

申込年月日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 |  | | |
| 基礎コース修了年 | 平成・令和　　　年　　　月　　　（　　　　期生） | | |
| 連　絡　先 | １．勤務先 | ２．自宅 |

※連絡先（送付先）をご指定下さい。

♦勤務先情報

|  |  |
| --- | --- |
| 所　　属　　名 |  |
| 所　　　在　　地 | 〒 |
| 電話／FAX／ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | 電話：  FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |

♦自宅情報

|  |  |
| --- | --- |
| 住所 | 〒 |
| 電話／FAX／ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ | 電話：  FAX：  ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ： |

※ネットワークの活動や研修等に関する情報は、地区世話人よりお知らせすることがありますので、あらかじめご了承下さい。

※ＦＡＸ（０５６２－４４－５８３１）に送信をお願いします。

【連絡先】〒474-0037 愛知県大府市半月町三丁目２９４番地

認知症介護研究・研修大府センター内

J-P-Dネットワーク事務局

TEL 0562-44-5551 FAX 0562-44-5831

MAIL: obu@dcnet.gr.jp