

福島県認知症ケア専門士会 入会申込書

20 年 月 日

ふりがな							
氏名							
専門士番号							
連絡先住所	〒 ー						(自宅・勤務先)
連絡先 電話番号							(自宅・携帯・勤務先)
連絡先 E-mail							(自宅・携帯・勤務先)
勤務先名称							
勤務先住所	〒 ー						

※連絡先に勤務先を選択された方は、勤務先住所の記入は、不要です。

入会申込書の提出は、E-mail又は郵送でお願い致します。尚、FAXでの提出を希望される方は、事務局まで電話でご確認下さい。

提出先: 福島県認知症ケア専門士会 事務局・遠藤 祐子(一般財団法人 竹田健康財団)

住所: 〒965-0876 福島県会津若松市山鹿町4-3 デイサービスOASIS2号館

電話: (0242)27-5533

E-mail: oasis.2@takeda.or.jp