

高齢者施設等従事者向けセミナー

第 7 回精神科感染制御セミナー同時開催

③高齢者施設等従事者向けセミナー参加お申込み用紙

FAX (054-333-5125)

第 7 回精神科感染制御セミナー事務局：担当者 杉山 宛

お申込みは会場の都合上、120 名定員とさせていただきます。満員になり次第募集を締め切りさせていただきます。

参加費は 3,000 円となります。

振込み先：静岡銀行しずはた支店 普通口座 番号：0555966 名義 精神科感染制御セミナー
お申込み 1 週間以内に事務局よりメールまたはお電話にてご連絡させていただきます。

*1 週間過ぎても連絡がない場合は FAX の未着が考えられますので、事務局までお問い合わせください。

■参加者氏名 _____

■職種（○をつけてください）

①一般職 ②医療職 ③介護職 ④ケアマネジャー ⑤管理職 ⑥行政職

⑦教職 ⑧その他

■住所： _____

■電話番号： _____

■FAX 番号： _____

■メールアドレス： _____@_____

*その他ご質問・お問い合わせ

E-mail：mh-kenkyu@i.shizuoka-pho.jp

連絡先：090-1108-0039（事務局担当者 杉山携帯）