

勇美記念財団助成事業 第1回市民講座 「家族介護のACP想定外の最期に備える」受講申込書

ふりがな	
*氏名	
*住所 *電話番号	〒 (-) () -
属性	<input type="checkbox"/> 介護・医療従事者 ・ <input type="checkbox"/> さかいお節介士 ・ <input type="checkbox"/> 認定お節介士 <input type="checkbox"/> 介護家族（介護中 ・ 介護経験者） ・ <input type="checkbox"/> その他
連絡事項	受講に際して特別な配慮が必要な方をご相談ください。代表で申し込む際は全員の氏名を記入してください。
* <input type="checkbox"/> 会場受講 ・ <input type="checkbox"/> YouTube による受講（メールでURLをお知らせします） (Email :)	

感染対策のため事前にお申し込みされていない方は会場受講できません。
また当日体調のすぐれない方は発熱等がなくても受講をお控えください。
会場内ではマスク着用・検温等にご協力をお願いします。連絡のつきやすい
電話番号を記入してください。***印**の欄は必ずご記入ください。

お申し込みはFAXまたは下記まで
一般社団法人 日本エルダーライフ協会
TEL：06-4105-0421
FAX 06-7635-7913
Email：info@elder-life.org