

# KOM式

## 軽度認知症(MCI)診断士養成講座 申込書

◆ 平成28年1月26日 13:00～ 開講

お名前(※)	
事業所名	
ご住所(※)	
電話番号(※)	
FAX番号(※)	
メールアドレス	
認知症予防脳トレ士資格	有 ・ 無
介護系の所有資格名	資格名 :

この度はお申込みありがとうございます。

上記に必要事項ご記入の上(※印は必須項目です)、

下記FAX番号までご送信ください。

追って、受講料振込詳細等についてご連絡させていただきます。

**FAX:06-6484-3534**

講習実施機関 一般社団法人 在医・介・住推進協会

講習実施校 ライフサポートスクールなんば