

## 千葉県認知症介護実践リーダー研修に係る連絡先確認書

(フリガナ) 受講希望者氏名	施設・事業所名	所在地（郵送先）	(フリガナ) 担当者氏名	電話番号	メールアドレス※	備考

※研修用ID・パスワードの送付等に使用しますので、必ず外部からのメールを受信できることを確認したメールアドレスをご記載ください。