（様式１）令和６年度 広島県認知症介護実践研修(実践リーダー研修)受講申込書

申込者 法人の主たる事務所の所在地

 〒

法人の名称及び代表者の職氏名

研修修了後は，広島県認知症介護アドバイザーとして活動することを承諾の上，認知症介護実践研修(実践リーダー研修)に申し込みます。

