

別紙様式（添書不要）

提出締切：6/19（金）

令和8年 月 日

いわてリハビリテーションセンター 地域支援部 あて

（FAX 019-692-5807）

機関名 _____
担当者名 _____
電 話 _____
F A X _____

地域リハビリテーション関係職員研修会の参加者について（報告）

受講を希望 する会場	職 名 (職 種)	氏 名	経 験 年 数

事前アンケート

認知症の方の対応で困っていること・学びたいこと等の記入をお願いいたします。

- ※ 会場は、北上、センター、奥州、釜石の4地区です。
- ※ 受講者多数の場合は調整させていただく場合もありますので、予めご了承願います。
受講対象外の場合は、上記担当者様に連絡いたします。
- ※ 各会場、駐車場の関係で、乗り合わせ等のご配慮をお願いいたします。