

送信先：兵庫県医師会 介護保険係 (FAX 番号：078-231-8112)

認知症理解促進研修(認知症支援専門職派遣事業) 参加申込書

【締切り：令和3年2月5日(金)】

【研修参加申込者情報】

ご所属名(企業名)： _____

〒

ご所属住所： _____

TEL/FAX： _____

ご氏名 (年齢)	役職等	職 種	専門職チーム相談希望 (いずれかに○)
()			希望あり・希望なし
()			希望あり・希望なし
()			希望あり・希望なし

※定員に達し受講できない場合や研修会の開催が延期・中止する場合のみに、ご連絡いたします。

<VR体験参加にあたる留意事項について>

- ・「VR認知症体験」の詳細については、株式会社シルバーウッドのホームページをご参照ください。 URL：<https://angleshift.jp/>
- ・三半規管が弱い方には、VRコンテンツを視聴中、吐き気、めまい、視界のぼやけ、乗り物酔いに似た症状など、不快な症状が出る場合があります。
- ・飲み物をご持参される場合は、蓋が閉められるものをお持ちください。

<会 場> (下図参照：赤枠内)

西宮市職員会館 [〒662-0918 兵庫県西宮市六湛寺町10-21]

TEL：0798-35-3286(地域共生推進課)

