令和2年度 四街道市ケアマネジャー協議会 研修会

「アルコール依存症の理解と本人、家族支援について」

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| お名前 |  | |
| 事業所名 |  | |
| メールアドレス |  | |
| 電話番号 |  | |
| 福祉センター会議室利用希望  「希望する」「希望しない」を選んでください。  感染対策上定員は15名です。先着順となります。 | | アイテムを選択してください。 |
| 研修内容に関する、先生への質問等 | | |
|  | | |

参加申込書