

FAX : 0 9 6 9 - 2 4 - 3 6 6 1

天草病院 地域拠点型認知症疾患医療センター 古閑 行き

H 2 9 年 度 第 2 回 事 例 検 討 会 9 月 9 日 (土) 開 催

出席者名簿

所属機関名 : _____

Tel: _____

職種名	氏名	備考

記載者 : _____

※参加申し込み締め切り : 平成 2 9 年 8 月 3 1 日 (木)

※事例検討会に参加される方については、氏名、所属、職種を名簿に掲載し、事例検討会の際に配布します。名簿への掲載を望まれない方におきましては、備考欄にその旨の記入をお願い致します。