

返信先

宇城認知症地域連携懇話会事務局（あおば病院）行

Fax: 0964-32-7333

宇城認知症地域連携懇話会学術講演会

認知症疾患医療センター事例検討会

参 加 ・ 不 参 加

\* ○をおつけ下さい。

また、不参加の場合も機関及び事業所名をご記入下さい。

医療機関及び介護保険事業所名	参加者氏名	名簿掲載
	_____ (職名 )	
	_____ (職名 )	
	_____ (職名 )	
	_____ (職名 )	

\*当日は、氏名・所属・職種等を名簿に掲載し配布させていただきます。

名簿への掲載をご希望されない方は、事前に名簿掲載欄にレチェックをお入れ下さい。

\*参加者が多数の場合は、コピーしてお使い下さい。

\*駐車台数に限りがありますので、出来るだけ乗り合わせてお越し下さい。

提出期限：令和元年 9 月 27 日（金）まで