送信表は不要です。そのままFAXして下さい。

ＦＡＸ　０９６５－３２－８１７２（冠文不要）

平成病院 熊本県地域拠点型認知症疾患医療センター　行き

　第１回　地域版事例検討会

（機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職名 | 氏名 | 名簿への記載（○または×） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**申し込み〆切：平成28年1月22日（金）**

※地域版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

配布いたします。

　　　名簿への記載を希望されない方は、事前にお申し出ください。

※事前にご質問がありましたら、下記の欄にご記入下さい。

|  |
| --- |
|  |

**【お問い合わせ先】**

平成病院

熊本県地域拠点型認知症疾患医療センター

連携担当者：西田・渕上

TEL:0965－32－8171 FAX:0965-32-8172

E-mail:heiseikai-n@be.wakwak.com