　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

（Web講演会）

認知症疾患医療センター事例検討

　　　　　　　参　　　　加　　　・　　　不　　　　参　　　　加

　　　　　　　＊　〇をおつけ下さい。

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 |
| ＦＡＸ番号をご記入下さい。  ＦＡＸ： | （職名　　　　　　　　　　） |
| （職名　　　　　　　　　　） |
| （職名　　　　　　　　　　） |
| （職名　　　　　　　　　　） |

＊参加者が多数の場合は、コピーしてお使い下さい。

＊同じプロジェクター画面や、同じパソコン画面から複数人数で視聴される場合は、参加者全員のお名前をお知らせください。

＊Zoom設定にご不明の点のある方は、事務局までご連絡下さい。

＊今回はＷｅｂ会議となりますので、参加申し込みのあった機関及び事業所には事前にＦＡＸでＩＤとパスワードを配布致します。

必ず、ＦＡＸ番号を記入して下さい。

提出期限：令和3年9月27日（月）まで