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

　　　　　　　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 |
|  | （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。

＊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：平成29年1月19日（木）まで