令和元年度　第2回　認知症疾患医療研修会

参加申込書

送信先FAX　0152-44-0500

施設名

住所

TEL/FAX

（FAX番号の記載も忘れずにお願いします）

申込み担当者名（所属部署）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 職　　名 | 参加者名 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |
| ６ |  |  |
| ７ |  |  |
| ８ |  |  |
| ９ |  |  |
| 10 |  |  |

＜連絡・問合せ先＞

北海道立向陽ヶ丘病院認知症疾患医療センター

担当 副センター長　平森(ひらもり)

TEL/FAX 0152－44－0500(直通)