

11月12日(月)17:00までに、FAXにてご連絡ください。

送信先 FAX 077-562-8998

公益社団法人 滋賀県看護協会 岡本・黄瀬 宛

平成30年度 病院勤務の医療従事者向け認知症対応力向上研修会

受講申込書

医療従事者用(医師・看護師以外)

標記講習会に、下記のとおり申し込みます。

| | | |
|-----|------|---|
| 連絡先 | 施設名 | |
| | 施設住所 | 〒 |
| | 担当者名 | |
| | TEL | |
| | FAX | |

| 職種 | 氏名 | 生年月日 |
|----|----|-----------|
| | | S・H 年 月 日 |

注) 施設名・氏名・生年月日は、修了証に必要ですので正確にご記入下さい。
(必要時、コピーしてご使用ください。)