第6回認知症ケアシリーズ「講演会」参加申込書

FAX：018 - 892 - 3816

秋田県立リハビリテーション・精神医療センター　認知症講演会事務局　佐藤　行

この用紙に記載の上、上記まで FAX にてお申し込みください。原則として FAX のみの受付とさせていただきます。*6月21日（金）〆切*

所　　属：（法人・会社名等）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（施設名・事業所名）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先電話：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

連絡先 FAX：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※施設種別ごとに参加窓口を設置する関係から、所属には法人名・会社名等と、施設名・事業所名を御記入ください。

名前：

（職種：　　）

名前：

（職種：　　）

※*1施設あたり２名まで*のお申し込みにご協力お願いします。

※職種欄には職場での役職ではなく、*有資格名等（例：看護師）*を御記入下さい。

実際に現場で困っていることや情報交換したいことがありましたら自由にお書きください。

※送信票等は不要です。この用紙のみ送信下さい。