

平成 30 年度広島県認知症疾患医療センター合同セミナー参加申し込み書

【FAX 送付先】 084-976-0954

広島県認知症疾患医療センター（福山・府中圏域）

所属：(医療機関・施設名等)

住所：

連絡先 (TEL)：

(FAX)：

(E-mail)：

参加者氏名	職種	意見交換会
		参加・不参加
		参加・不参加
		参加・不参加
		参加・不参加
		参加・不参加
		参加・不参加

※当日の受付は、①番 医師 ②番 看護師・薬剤師 ③コメディカル・介護・福祉・行政・その他受付 と分かれています。

※セミナー終了後、意見交換会を予定しております。

<事前質問など> 日頃お困りの事について研修会で質問されたい事がありましたら、ご記入下さい。

質問者多数の場合は、当センターにて選考させていただきます。ご了承ください。