

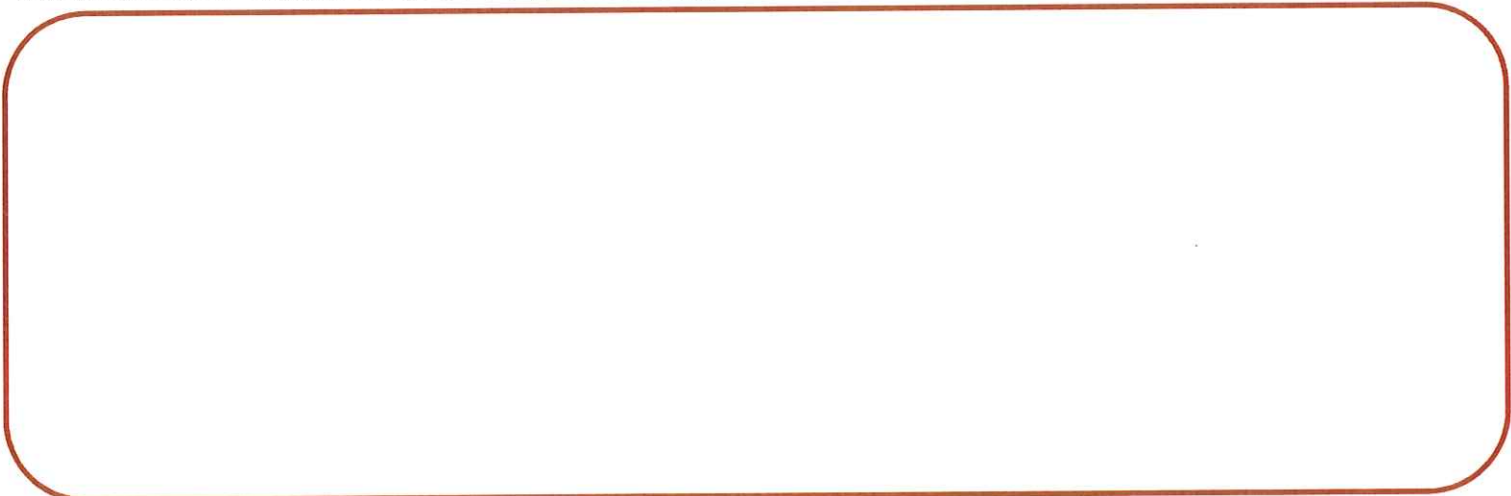
認知症疾患医療センター研修会申込書

送付先FAX：042-748-7872

参加者氏名、施設名（所属）、電話番号、職種を記入のうえ、FAXにてお申し込みください。

所属機関名		
所属機関住所		
〒住所		
電話番号 (内線)		
フリガナ 氏名	職種	部署
.....		
.....		
.....		
.....		

お申し込みの際に、**認知症に関連したご質問をお寄せください**。当日、認知症疾患医療センタースタッフから回答させていただきます。皆様が抱いておられる疑問、質問とその答えを共有することで、相模原市における認知症のある人の暮らしに貢献できましたら幸いです。



*申し込みを受理した分につきましては、参加証等の送付はいたしません。
定員に達し、申し込みを受理できなかった方についてのみ、ご連絡を差し上げますので
ご了承ください。