

申込方法:試食・座席の都合上、裏面の参加申込書で事前申込願います

共催:秋田食介護研究会 AFCA秋田支部 湯沢市雄勝郡歯科医師会 社会福祉法人かむろ



「認知症疾患医療センター 研修会」受付窓口 医療法人せいとく会 菅医院

FAX.0183-52-2717

「認知症疾患医療センター 研修会」参加申込書

参加票の発送は行いませんので当日会場に直接お集まりください。 万一定員を超えた場合はご連絡いたします。

※参加グループにつき1枚ご記入ください。多数の場合はコピーしてご利用ください。

申込日 平成30年 月 日

施設名	
電話番号(連絡先)	
ふりがな	ふりがな
氏名	氏名
職種	職種
ふりがな	ふりがな
氏名	氏名
職種	·····································
ふりがな	ふりがな
氏名	氏名
 職種	
ふりがな	ふりがな
氏名	氏名
職種	職種
ふりがな	ふりがな
氏名	氏名
 職種	

【個人情報の取り扱いについて】参加申込書にご記入いただいた情報は、本講演会に関する各種連絡、情報提供のみに利用いたします。