

FAX 送信票 宛先 0229-25-3137



宛て先 旭山病院 認知症疾患医療センター 担当 宛て	件名 H28年度 第1回 認知症疾患医療センター 研修会	発信日 平成 年 月 日 送信者 様
-------------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------

* 定員超過の場合の連絡先

お名前 _____ 様

TEL: _____ E-mail: _____

1 出席者

例：大崎市鹿島台…までで結構です。

氏 名 (ふりがな)	住 所
様	
様	
様	
様	

2 講師・実践発表者への質問・聞いてみたいこと

※事前に講師・実践発表者へ情報提供します。

申込期限：平成29年3月16日(木)

申込先：FAX 0229-25-3137

TEL 0229-25-3136

E-mail asahiya_hsp_psw1@yahoo.co.jp

医療法人 朋心会 旭山病院 医療相談室

