

(非 会 員 施 設 用)

2019年度 認知症ケア研修会 参加申込書

申込期限:2020年1月31日(金)

開催日:2020年3月3日(火)・4日(水)

職 名	氏 名

上記のとおり出席の申し込みをします。

※ 本申込書に記載いただいた個人情報については、「公益社団法人全国自治体病院協議会個人情報保護規程」に基づき、本研修会の運営のためのみ利用致します。

令和 年 月 日

所在地

病院名

申し込み担当部署・氏名

電話番号

公益社団法人 全国自治体病院協議会 研修部

〒102-8556

東京都千代田区平河町2-7-5 砂防会館本館7階

TEL 03-3261-8567 (直通) FAX 03-3261-1845