認知症疾患医療センター研修会参加申込書

ご機関名

参加者氏名

　　　　　　　　　　（職種　　　　）　　　　　　　　　　（職種　　　　）

　　　　　　　　　　（職種　　　　）　　　　　　　　　　（職種　　　　）

　　　　　　　　　　（職種　　　　）　　　　　　　　　　（職種　　　　）

電話番号　　　　　　　　　　　　FAX番号

メールアドレス

**お申込み先**

**・FAX番号　　072-367-3020**

**・メールアドレス****osakasayamahp@tuba.ocn.ne.jp**

●申込後、メールにて受付票を送付いたします

　※メールが届かない場合は当院までご連絡ください。

お問い合わせ先

　医療法人 六三会　大阪さやま病院

　地域医療連携室　出口・間吾

　TEL：０７２－３６５－０１８１（代）