

# 看護師のための認知症ケア講座 参加申込書

8月17・18日開催

貴施設名 \_\_\_\_\_

福岡県慢性期医療協会・日本慢性期医療協会

会員施設 ・ 非会員施設 (どちらかに○をお願いします)

住所 \_\_\_\_\_

TEL ( ) \_\_\_\_\_

連絡担当者氏名 \_\_\_\_\_ 部署・役職 \_\_\_\_\_

ふりがな 参加者氏名	役職	看護師経験年 数	性別
			男・女
			男・女
			男・女

返信先 FAX : 092-691-3961

申し込み締め切り : 令和元年7月15日(月)

福岡県慢性期医療協会事務局 (原土井病院内)

TEL 092-691-3886

※ 連絡担当者様宛に参加案内・参加費請求書などをお送りいたします。