送信先 Mail　center@nishishiro-hp.or.jp

FAX　０２５－５２２－７０３５　（できるだけメールでのお申込みをお願いします）

高田西城病院　認知症疾患医療センター　行

若年性認知症研修会

～若年性認知症の人の居場所づくり～

参加申込書

・どちらかに〇をつけて下さい。

・できるだけオンラインでのご参加をお願います。

参加者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | メールアドレス | 会場 |
|  |  |  |
| 所属・職種 | 電話番号 | オンライン |
|  |  |  |
| 氏名 | メールアドレス | 会場 |
|  |  |  |
| 所属・職種 | 電話番号 | オンライン |
|  |  |  |
| 氏名 | メールアドレス | 会場 |
|  |  |  |
| 所属・職種 | 電話番号 | オンライン |
|  |  |  |

※ご記入いただいた情報は、本研修以外の目的に使用することはありません。

※会場においては感染対策を講じます。会場でご参加いただく際は、マスクの着用をお願いします。発熱がある方、少しでも体調の悪い方は、来場をお控えください。