

地域認知症サポート多職種連携セミナー

第3回（12月15日）

参加申込票

申込日：令和 年 月 日

次のとおり参加を申し込みます。

(注)太枠の中を必ず記入してください。

所属事業所名：
連絡先TEL： / FAX：

【参加申込名簿】

参加希望者名	区分(いずれかに○)
フリガナ	医師会 CM 連協 包括 医療機関 認知症ライフサポート にぎやか その他
フリガナ	医師会 CM 連協 包括 医療機関 認知症ライフサポート にぎやか その他
フリガナ	医師会 CM 連協 包括 医療機関 認知症ライフサポート にぎやか その他
フリガナ	医師会 CM 連協 包括 医療機関 認知症ライフサポート にぎやか その他
フリガナ	医師会 CM 連協 包括 医療機関 認知症ライフサポート にぎやか その他

定員 100名 参加費 無料

※申込締切 12月12日(木)

※定員に達した場合、締切日前に受付を終了します。

※申込みはFAXによるほか、郵送や持参でも構いません。

※申込後に欠席される場合は、必ず事務局までご連絡ください。(TEL:0944-41-2672)

申込先：〒836-8666 大牟田市有明町2-3 大牟田市福祉課総合相談担当内
大牟田市介護サービス事業者協議会 認知症ライフサポート研究会 事務局