

## 「認知症疾患医療センター研修会」参加申込書

申込年月日 年 月 日

所属機関・施設名	氏名（職種）	電話番号
	( )	
	( )	

研修内容について事前に質問を受付けています。お気軽にご質問をご記入ください。

<質問>

\*申し込み多数の場合は、先着順となりますので、ご了承ください。

(参加していただけない場合は、お電話にてご連絡致します。)

\*「認知症疾患医療センター研修会」に関するご質問がございましたら、下記までお気軽にお問い合わせください。

\*締切 平成27年1月30日(金) 17:00まで

<お問い合わせ先>

認知症疾患医療センター  
公益社団法人 岐阜病院

〒500-8211  
岐阜市日野東3丁目13番6号  
TEL 058-247-2118