

FAX 送信表 (送付文は不要です)

令和6年度 第1回認知症事例検討会 参加申込用紙

日時：令和6年6月10日(月)13時30分～15時(受付13時～)
 場所：めくばー健康福祉館内 多目的室

送信先：福岡県認知症医療センター朝倉記念病院 医療相談室 前田・分藤宛
FAX 0946-24-6446

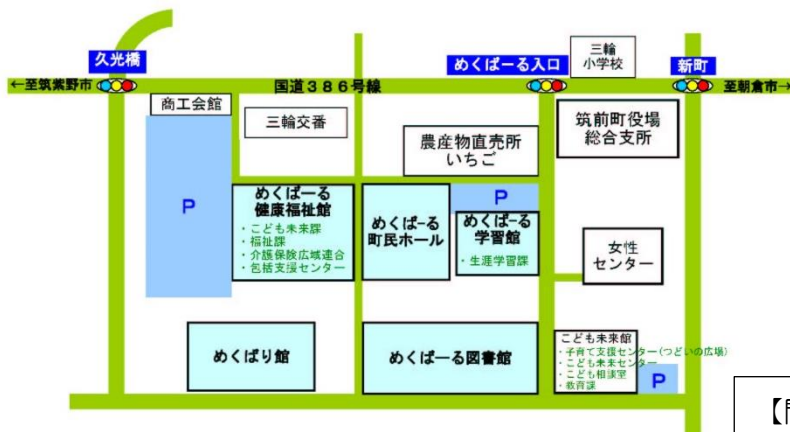
| | | | |
|-----|-----------|---------|-----------|
| 施設名 | | | |
| 連絡先 | TEL _____ | | FAX _____ |
| | 氏名 | 職種 | 経験年数 |
| | (例) 朝倉 花子 | 介護支援専門員 | 3年 |
| | フリガナ | | |
| | フリガナ | | |

※先着順にて定員を設けておりますことをあらかじめご了承ください。

申込み締め切りは**令和6年6月5日(水)**です。

※コロナ等感染症拡大時は、中止とする場合がございます。ご理解の程、宜しくお願い致します。

めくばー (筑前町久光951-1)



今回も、対面での開催です！！

※新型コロナウイルス感染防止の為、マスク着用をお願いします。また、発熱等体調のすぐれない方に関しましては、参加をご遠慮いただくことをご了承ください。

【問い合わせ先】
 福岡県朝倉郡筑前町大久保 500 番地
 福岡県認知症医療センター 朝倉記念病院
 担当：前田真希・分藤優 (精神保健福祉士)
 電話：(0946) 22-1014 (専用電話)
 FAX：(0946) 24-6446