第 7 回あきた認知症・高次脳機能障害連携ネットワーク勉強会

参加申込書

施　設　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

参加申込みは平成 28 年 6 月 20 日（月）まで返信して下さい

出席者（12 以上参加される場合はコピーして使用してください）

氏名 職種（　　）	氏名 職種（　　）
氏名 職種（　　）	氏名 職種（　　）
氏名 職種（　　）	氏名 職種（　　）
氏名 職種（　　）	氏名 職種（　　）
氏名 職種（　　）	氏名 職種（　　）
氏名 職種（　　）	氏名 職種（　　）

※ この用紙はＦＡＸ（018-892-3816）にてリハセン医療相談連携室に送信してください。