令和５年度　石川県かかりつけ医等認知症対応力向上研修　「事例検討会」受講申込書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込日　令和　　年　　月　　日

≪申込み先≫　能登北部医師会　**ＦＡＸ　0768－22－7438**（２月１０日締切）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 施設名 | 住　所 | 電話番号 | 職種 | 参加する会場に〇 |
| 集合視聴（キャッスル真名井） | ZOOMで参加 | その他（視聴会場を設置して参加） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

　　ZOOM参加の方は、下記にメールアドレスをご記入ください

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　＠

　　招待用メールを前日までに上記アドレスにお送りいたします。