

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 F A X 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○		
					集合視聴 (キャスル真名井)	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。