

北エリア 認知症疾患医療センター研修会 参加申込書

(送信先:FAX 06-4863-5351)

大阪市立弘済院管理課あて 問合せ先 TEL 06-6871-8013

申込み期間：平成27年2月5日(木)～3月19日(木)(必着)まで

(フリガナ) 名前	職種	所属・事業所名	電話番号
			FAX番号
フリガナ			☎
			Fax
フリガナ			☎
			Fax
フリガナ			☎
			Fax

- ・申込書にご記入いただいた個人情報については、研修会の運営管理の目的にのみ利用します。
- ・個人情報は適切に取り扱うこととし、他の目的での使用や第三者への提供はいたしません。
- ・申込み欄不足の場合はコピーしてご使用ください。

● 定員を超えた場合はご連絡いたします。当日はこの参加申込書をご持参ください。

