送信日　平成　　年 月 　 日

田辺圏域在宅医療・介護連携支援センター行（FAX 0739-34-3326）

FAX

**【申込締切日】　平成31年　1月　15日（火）必着**

**『認知症に関する精神科の視点について』研修参加**申込書

**【参加希望者】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 所属事業所連絡先（TEL） | 職　種○で囲んで下さい | 備　考 |
|  | TEL | 医療職介護職ケアマネ行政職員 |  |
|  | TEL | 医療職介護職ケアマネ行政職員 |  |
|  | TEL | 医療職介護職ケアマネ行政職員 |  |
|  | TEL | 医療職介護職ケアマネ行政職員 |  |
|  | TEL | 医療職介護職ケアマネ行政職員 |  |
|  | TEL | 医療職介護職ケアマネ行政職員 |  |

【ご記入時の注意事項】

　・枠内を全てご記入いただき、必ずお手元に控え（コピー等）を保管願います。

　・上記の申し込みで参加のお名前が書ききれない場合は、コピーしてご対応ください。