

(別紙)

沖縄県福祉保健部高齢者福祉介護課
在宅福祉班 新里あて
(E-mail : shinztoi@pref.okinawa.lg.jp)
〒900-8570 那覇市泉崎1-2-2
FAX : 098-862-6325
(FAX送信票は不要です)

平成21年度 沖縄県かかりつけ医認知症対応力向上研修 申込書

受講希望日 (希望日に○印)	第1回 (11/1)	第2回 (11/15)	第3回 (11/29)
医療機関名			
診療科名			
所在地	〒		
電話番号			
FAX番号			
受講者氏名 及び 生年月日※ ※修了証書交付の際 に使用します	氏名	生年月日	

※下記の期日までにFAXまたは郵送にてお申し込み下さい。

第1回(11/1開催).....平成21年10月16日(金)
第2回(11/15開催).....平成21年10月30日(金)
第3回(11/29開催).....平成21年11月13日(金)

※メールにて、上記申込内容を送信していただいてもかまいません。