

第5回認知症の人の食支援研究会参加申し込み書

この用紙だけで結構ですFAX: 092-691-3961

会場等の都合により**参加人数に限り**がありますので、お早めにお申し込みください。研究会へのお問い合わせもお手数ですがFAXにてお願いいたします。

1.申込者氏名	ふりがな
2.所属	
3.住所	〒 【自宅・勤務先】
4.電話番号・FAX	
5.E-mail	

1.申込者氏名	ふりがな
2.所属	
3.住所	〒 【自宅・勤務先】
4.電話番号・FAX	
5.E-mail	

当日検討したい事例などありましたら以下ご記入ください。

不明な点などの連絡先: 社会医療法人 原土井病院 地域連携室
FAX: 092-691-3961
福岡市東区青葉6-40-8 Tel.092-691-3886(直通)