

申込用紙

【~~×~~切り】 令和2年1月20日(月)

【申込先】 川口市福祉部長寿支援課地域ケア係  
FAX:048-258-0670  
E-メール:087.04020@city.kawaguchi.saitama.jp

令和元年度かかりつけ医認知症対応力向上研修

記

氏名(※)	ふりがな	生年月日(※)	医療機関名等	医療機関等住所		医療機関等 電話番号	当研修の受講歴 (受講歴がある方は 受講年度を記入)
				〒	所在地		
記載例 埼玉 太郎	さいたま たろう	昭和30年11月30日	彩の国医院	330-9301	さいたま市浦和区高砂3-15-1	048-830-3232	平成19年度受講

※ 修了証書には、御記入いただいた氏名及び生年月日が記載されますので、誤りのないように十分確認してください。

※ 昨年度以前に当研修を受講された方は定員に空きがあった場合のみ御案内いたします。以前に当研修を受講された方は「当研修の受講歴」欄に研修受講年度を記入の上、お申し込みください。