

看護師のための認知症ケア講座 参加申込書

2月18・19日開催

貴施設名

福岡県慢性期医療協会・日本慢性期医療協会

会員施設 ・ 非会員施設（どちらかに○をお願いします）

住所

Tel ()

連絡担当者氏名

部署・役職

ふりがな 参加者氏名	役職	看護師経験 年数	性別
			男・女
			男・女
			男・女

返信先 FAX : 092-691-3961

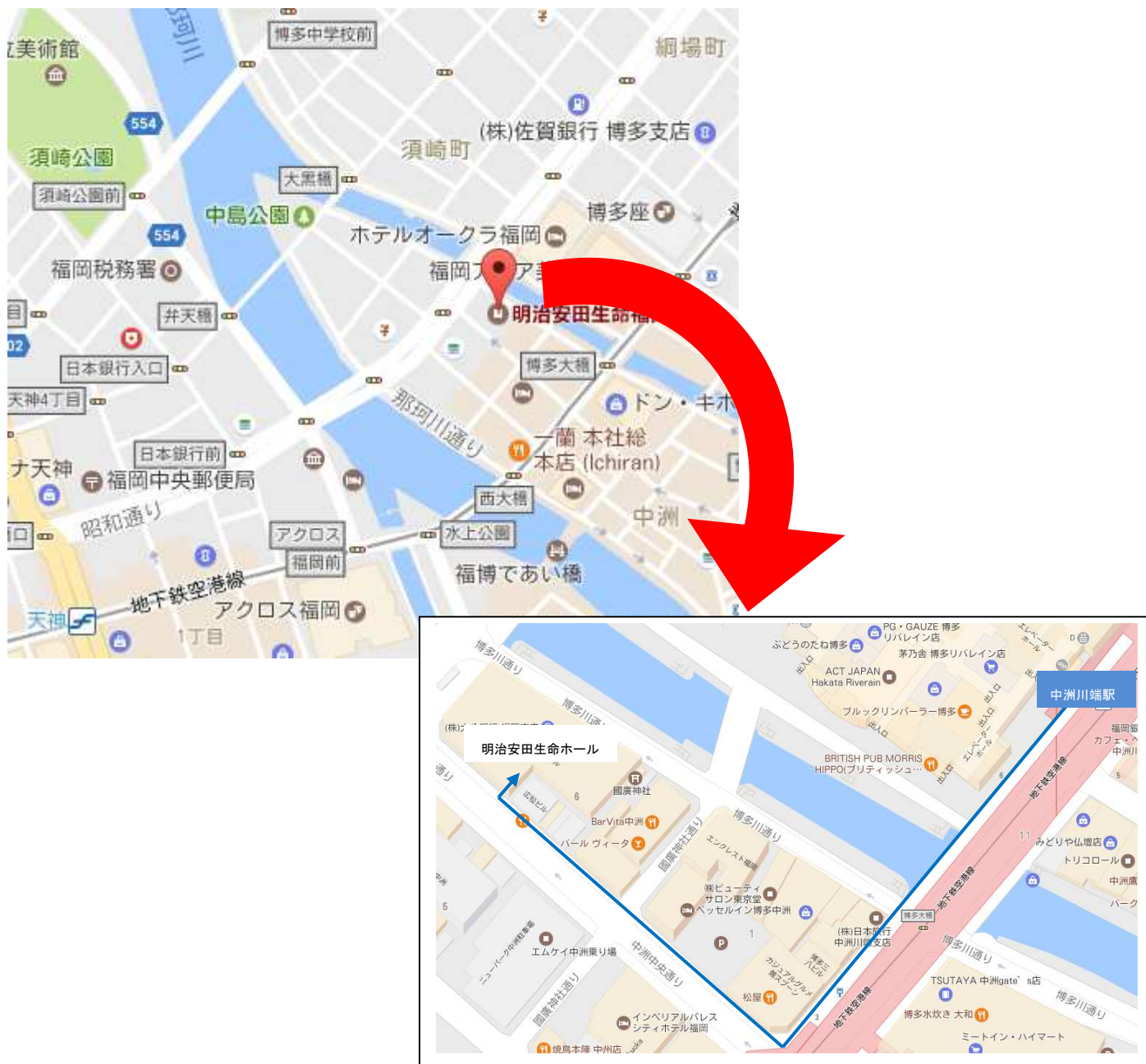
申し込み締め切り : 平成29年2月6日(月)

福岡県慢性期医療協会事務局(原土井病院内)

Tel 092-691-3886

※ 連絡担当者様宛に参加案内・参加費請求書などをお送りいたします。

～会場案内～



《1日目》 2月18日（土） **明治安田生命ホール**

《2日目》 2月19日（日） **明治安田生命ホール**

[〒810-0801 福岡市 博多区中洲 5-6-20 明治安田生命福岡ビル 8F]