

看護師のための認知症ケア講座 参加申込書

9月9・10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

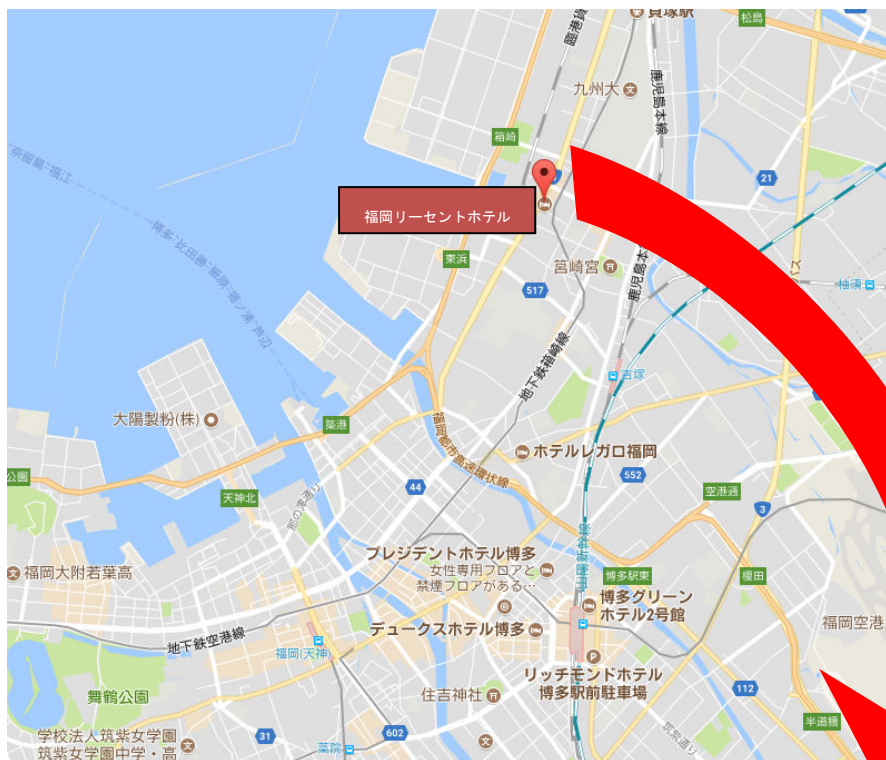
申し込み締め切り : 平成29年8月28日(月)

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》 9月9日(土) 福岡リーセントホテル

《2日目》 9月10日(日) 福岡リーセントホテル

〔〒812-0053 福岡市東区箱崎2丁目52-1 2F〕 TEL 092-641-7741