

送信票不要

鹿児島県認知症疾患医療センター
医療法人猪鹿倉会パールランド病院 連携担当:宮崎 行き
FAX番号 099-238-0117

【平成 29年 8月 19日 介護従事者向け認知症研修会 FAX参加申込書】

施設名称:

申込担当者:

住所:

御連絡先:

参加者の御名前		職 種
1	(フリガナ)	
2	(フリガナ)	
3	(フリガナ)	
4	(フリガナ)	

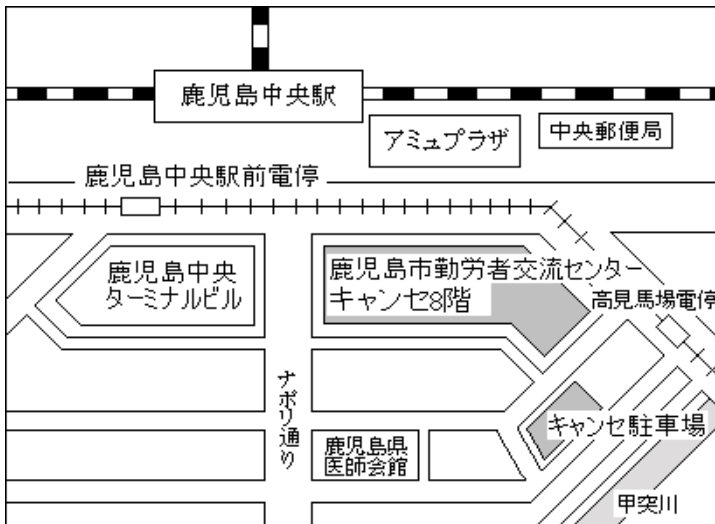
※申込期限 **8月10日(木)まで**にFAXにてお申込下さい

※4名以上参加希望の際は、定員に達した場合人数調整をお願いすることがございますのでご了承下さい

※受講票はございませんので、当日受付にてお名前と施設名をお伝えください

※申込期限後に参加を希望される際には、申込状況によっては参加可能ですのでお問合せ下さい

研修会場と駐車場のご案内



駐車場：近隣の有料駐車場をご利用ください

※よかセンター7F事務所前にてキャンセル駐車場の割引券が販売されています(3時間480円)

※駐車料金は各自ご負担をお願いします