

送信表不要

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 宛 FAX番号 099-238-0117
---

【令和元年8月31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：

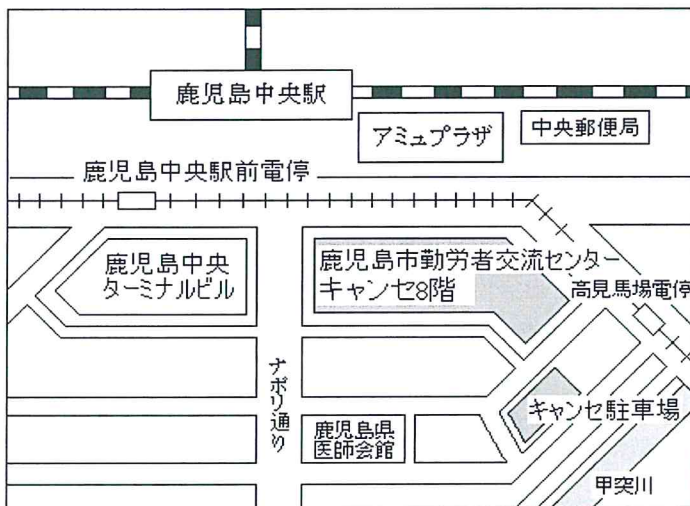
住所： 御連絡先：

領収書希望： 有 ・ 無 領収書宛名：

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23日(金)まで**にFAXにてお申込下さい(期限後も申込状況によっては参加可能な場合もあります)
- ※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下さい
- ※参加費は当日受付にてお支払下さい(お釣りが出ないよう、ご協力をお願い致します)
- ※空調は節電温度としますが、冷房が苦手な方は羽織るものをお持ち下さい

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下さい

※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