

医療従事者向け研修会 【FAX 参加申込み様式】*送信票不要

鹿児島県認知症疾患医療センター
公益財団法人慈愛会 谷山病院 連携担当：川添 行き

FAX番号 099-269-4169

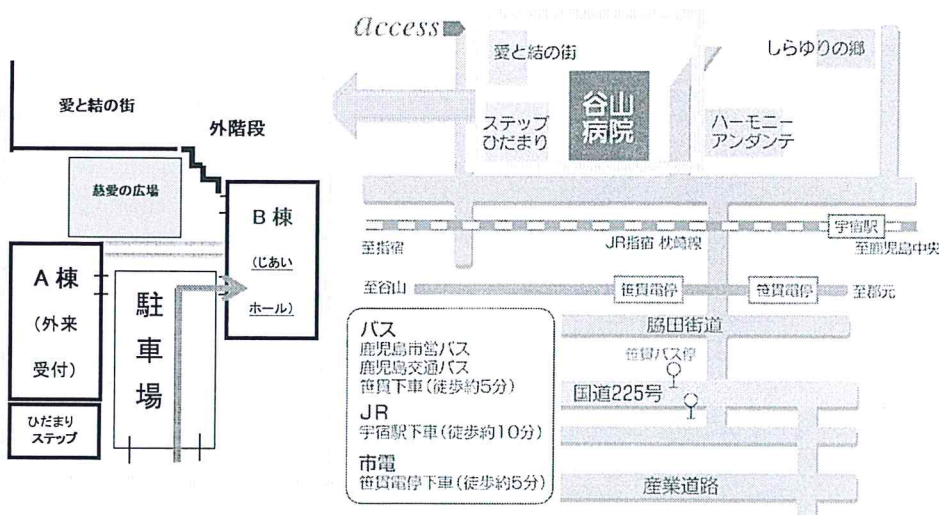
施設名称： _____

ご連絡先： _____

お名前	ふりがな	職種

※ 令和元年 9 月 20 日(金)までにFAXにてご返送ください。

研修会場と駐車場のご案内



駐車場

台数に限りがございます。
なるべく公共交通機関を
ご利用下さい。

人数多数の場合は昨年同様、
乗り合わせでの来場をお願い
する場合がございます。
ご理解、ご了承のほど、よろしく
お願い申し上げます。