

認知症疾患医療センター 岐阜病院 宛

FAX 058-259-3376

「認知症に関する事例検討会」参加申込書

申込年月日 年 月 日

事例検討会申込 令和2年1月14日(火)

* お申込が多数の場合は、先着順となりますので、ご了承ください。
(定員を超えた場合は電話にて御連絡いたします)

所属機関・施設名	氏名(職種)	電話番号
	()	() -
	()	() -
	()	() -

事前提供 令和元年12月20日(金)

事例提供いただける方は下記内容にご記入の上、FAX願います。後日、担当者からご連絡させていただきます。

所属機関・施設名	氏名(職種)	電話番号
	()	() -

※ 上記個人情報は今回の検討会受付のためにのみ使用します。

(お問合せ先・申込先)
認知症疾患医療センター 岐阜病院
〒500-8211 岐阜市日野東3-13-6
TEL 058-247-2118(直通)
FAX 058-259-3376