

参加申込書

FAX

0584-81-6516

令和元年度岐阜県 若年性認知症就労支援セミナー

企業名/施設名	
連絡担当者名	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	

* 職種欄には、医師・看護師・介護士・ソーシャルワーカー等、又は所属部署（人事課・総務課・営業等）などを記入ください。

氏名	職種	氏名	職種

※申込期日：令和元年9月10日(火)

※参加費無料

※対象：県内の企業、産業医、産業保健師、医療福祉介護関係者等