

送信票 不要

平成 年 月 日

送信先:FAX 0993-72-1199
社会医療法人慈生会 ウェルフェア九州病院
鹿児島県認知症疾患医療センター
連携担当 大茂 行き

認知症シンポジウム申込書

日時：平成28年4月9日（土） 16:00～17:30（受付15:30～）

会場：ふれあいかせだ いにしへホール

住所：鹿児島県南さつま市加世田川畑2641-2

電話：0993-53-2111

所属機関名	氏名	職種名

※準備の都合上、平成28年4月1日(金)までにお申し込みください。

申込期日を超過した場合の参加希望につきましては、申込先へ確認の連絡をお願い致します。