

FAX



申込書

10月15日(木曜日)までに FAXにてお送りください。(送付状不要)

送付先 地方独立行政法人東京都健康長寿医療センター認知症支援推進センター
事務局 人見宛

FAX番号：03-3964-3625

東京都認知症サポート医等フォローアップ研修 受講申込書

フリガナ			性別
氏名			
所属名称			
所属住所	〒		
所属連絡先	電話番号		
	FAX番号		
診療科(所属)			
役職			
所属医師会名			

【受講申込】

受講回	日程(オンライン研修:動画配信期間)	受講希望の有無(○×を記入)
第1回	令和2年11月21日(土) 15時~17時15分(休憩10分含む)	
第2回	令和2年12月12日(土) 15時~17時15分(休憩10分含む)	

※第3・4回の募集は、令和2年11月以降に改めて行います。