



認知症サポートチーム立ち上げ・育成研修会研修

平成 30 年 10 月 2 日開催

送信先 FAX : 03 (6260) 8147

貴施設名

会員

非会員



会員番号 A

住所

TEL

()

FAX

()

連絡担当者氏名

部署・役職

E-mail

ふりがな 参加者氏名	職 種	役 職	看 護 師 経 験 年 数	生年月日	性 別
					男・女
					男・女
					男・女
					男・女

※「同一事業所の看護師」の参加が必須です。

※修了証書発行の際、生年月日が必須となります。必ずご記入ください。

連絡先 〒101-0035 東京都千代田区神田紺屋町 14 千代田寿ビル 303

一般社団法人 日本リハビリテーション病院・施設協会 岡野

TEL : 03 (6260) 8146 FAX : 03 (6260) 8147 info@rehakyoh.jp