滋賀県健康医療福祉部 医療福祉推進課 川上　行

FAX　/　０７７-５２８－４８５１　　　　　E-mail　/　ninchisyo@pref.shiga.lg.jp

**FAX送信票（送付状は不要です。）**

令和５年度認知症相談医養成研修（かかりつけ医認知症対応力向上研修）

**標記研修会について、下記の者の参加を申し込みます。**

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ＮＯ. |  | 職　　種 | メールアドレス | 認知症相談医認定の有無（医師の方のみ） |
| １ |  |  |  | 有　　・　　無 |
| ２ |  |  |  | 有　　・　　無 |

令和　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属名 |  | 所属住所 | 〒 |
| 担当者名 |  | 連絡先（電話番号） |  |

**◆ 申込締切：令和５年７月31日（月）**