

令和6年度 三重県かかりつけ医認知症対応力向上研修
受講申込票

受講会場	(いずれかに☑をしてください) <input type="checkbox"/> 第1回 令和6年12月15日(日) 午前9時～【三重県医師会館】 <input type="checkbox"/> 第2回 令和7年1月26日(日) 午前9時～【伊勢地区医師会館】
------	---

フリガナ氏名	
医籍登録番号	No.
医療機関名又は施設名	
所在地	〒 (TEL — —)
所属(診療科等)	
(どちらかに○をしてください) 地区医師会への情報提供に 同意する ・ 同意しない 三重県ホームページでの情報公表に 同意する ・ 同意しない	

〔公益社団法人 三重県医師会〕

〒514-8538 津市桜橋2丁目191番4 TEL: 059-228-3822

FAX: 059-225-7801