

令和 7 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) ☐ 第 1 回 令和 7 年12月14日 (日) 午前 9 時～【三重県医師会館】 ☐ 第 2 回 令和 8 年 1 月25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 1 9 1 番 4 TEL : 059-228-3822

FAX : 059-225-7801