

FAX 送信表 (送付文は不要です)

令和 7 年度 第 2 回認知症事例検討会 参加申込用紙

日時：令和 7 年 9 月 22 日(月)13 時 30 分～15 時(受付 13 時～)
場所：めくばー健康福祉館内 多目的室

送信先：福岡県認知症医療センター朝倉記念病院 医療相談室 前田・濱田宛
FAX 0946-24-6446

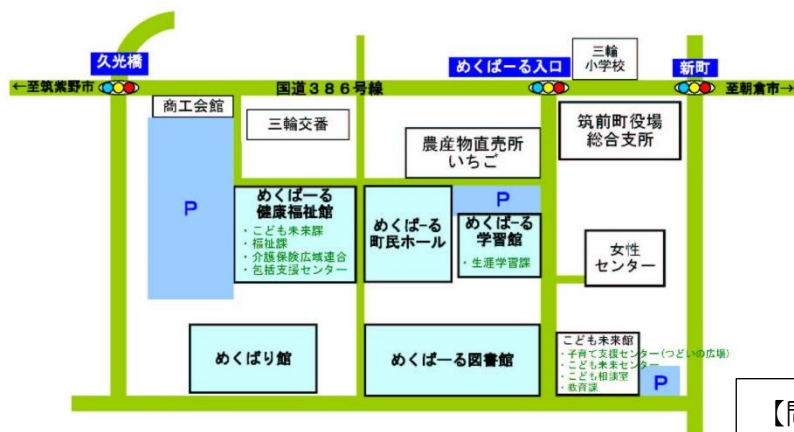
施設名		
連絡先	TEL_____	FAX_____
氏名	職種	経験年数
(例) 朝倉 花子	介護支援専門員	3年
フリガナ		
フリガナ		

※先着順にて定員を設けておりますことをあらかじめご了承ください。

申込み締め切りは令和 7 年 9 月 16 日 (火) です。

※コロナ等感染症拡大時は、中止とする場合がございます。ご理解の程、宜しくお願い致します。

めくばー (筑前町久光951-1)



今回も、対面での開催です！！

※感染対策の為、マスク着用をお願いします。また、発熱等体調のすぐれない方に関しましては、参加をご遠慮いただくことをご了承ください。

【問い合わせ先】

福岡県朝倉郡筑前町大久保 500 番地
朝倉記念病院 福岡県認知症医療センター
担当：前田真希・濱田有紗 (精神保健福祉士)
電話：(0946) 22-1014 (専用電話)
FAX：(0946) 24-6446