

【お申込方法】

- 本紙面より**FAX**、送信先の宛先まで**メール**にてお申込み下さい

FAX送信表(送付文は不要です)

令和8年度 第1回
認知症医療・介護従事者向け研修会 参加申込用紙

日時：令和8年6月12日(金)13:30～15:00 (受付13:00～)

送信先：朝倉記念病院 福岡県認知症医療センター MHSW前田・武廣 宛

FAX 0946-24-6446

✉ monowasure@uraume.jp

申込み締切日：令和8年6月2日(火)

今回は、来場のみで開催となります。

当日、ご来場の方は感染防止のため、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。

所属先(施設名等)		
連絡先	TEL	FAX
参加者氏名	職 種	

※お申し込み後、キャンセルされる場合は、早めに下記までご連絡ください。

【問い合わせ先】

住所：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・武廣（精神保健福祉士）

TEL : (0946) 22-1014 (直通) FAX : (0946) 24-6446

e-mail : monowasure@uraume.jp URL : <https://ninchi.uraume.jp/>