

FAX番号 71-0309

e-mail mansaku@kurokami.jp

新見市在宅医療・介護連携支援センターまんさく 宛

令和5年度 認知症研修会 参加申込書

参加者名	
事業所名	
電話番号	
職種名	

参加者名	
事業所名	
電話番号	
職種名	

講師の先生への質問等があればご記入ください

締切は2月15日(木)です