**看護師のための認知症ケア講座　参加申込書**

**8月17・18日開催**

**貴施設名**

**福岡県慢性期医療協会・日本慢性期医療協会**

**会員施設　・　非会員施設（どちらかに○をお願いします）**

**住所**

**℡　　　　（　　　　）**

**連絡担当者氏名　　　　　　　　 部署・役職**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな**  **参加者氏名** | **役職** | **看護師経験年数** | **性別** |
|  |  |  | **男・女** |
|  |  |  | **男・女** |
|  |  |  | **男・女** |

**返信先FAX：０９２−６９１−３９６１**

**申し込み締め切り：令和元年7月15日（月）**

**福岡県慢性期医療協会事務局（原土井病院内）**

**℡　０９２−６９１−３８８６**

※　連絡担当者様宛に参加案内・参加費請求書などをお送りいたします。

〜会 場 案 内〜



《１日目》8月17日（土）　九州大学医学部百年講堂　大講堂

《２日目》8月18日（日）　九州大学医学部百年講堂　大講堂