

ご出席確認

平成 28 年 10 月 8 日 (土)

天神福岡ビル

病院名 _____

役 職	氏 名

抑制 Q&A
質問事項：

*恐れ入りますが 10 月 1 日 (土) までにご返信くださいます様お願いいたします。

抑制廃止とケアの質を高める会
FAX 092-691-3961