

京都府立医科大学附属病院 認知症疾患医療センター

～行動アセスメント研修セミナー～ 申込書

2016年 月 日

ふりがな 氏名	男 ・ 女 歳
勤務・所属先	
職種	
連絡先	自宅 / 勤務・所属先 (どちらかに○をつけてください) 〒 TEL : FAX : E-mail :
当セミナーへのご要望	

*ご記入いただきました個人情報は、当セミナーの諸連絡や資料送付にのみ使用いたします。これらが不当に漏洩しないよう、当センターで責任を持って管理いたします。

京都府立医科大学附属病院 認知症疾患医療センター

〒602-8566 京都府京都市上京区河原町通広小路上る梶井町 465

TEL 075-251-5566 (直通) FAX 075-251-5839