

【別紙】

福島県医師会 業務第一課 後藤 宛
(FAX : 024-521-3156)

令和7年度福島県かかりつけ医認知症対応力向上研修会

(WEB 併用) 受講申込書 会場参加者用

(令和8年1月7日(水)までに申し込み願います。)

所属郡市医師会名	医師会
医籍登録番号	
ふりがな 氏 名	
生年月日	西暦 年 月 日
医療機関名	
医療機関住所	〒
勤務先 電話番号	
勤務先 F A X	
備 考	<p>* 文書送付先が医療機関以外の方はご記入下さい。</p> <p>〒</p>