

『第2回泉北地区認知症カンファランス』申込書

日時：平成28年 3月 19日（土） 16：00～
場所：ベルランド総合病院 地下1階 A I Fホール

御施設名 _____

御住所 _____

電話番号 _____

お名前	職 種

大変恐縮ですが、**3 / 5（土）まで**に下記のFAX番号に、ご返信下さいます様
よろしくお願い申し上げます。

F A X : 0 7 2 - 2 3 4 - 9 1 5 5

事務局：ベルランド総合病院 地域医療連携室
TEL：072-234-9215（直通）