

認知症ケア向上研修会 参加申込書

申込〆切：2月14日（水） ※送信票不要

送信先：098-889-8847

嬉野が丘サマリヤ人病院 認知症疾患医療センター 山川 行

機関名：

電話： — — Fax： — —

- ◎ 所属機関のパンフレットや情報発信したいイベントのチラシ等がございましたら、ご持参下さい。
受付の資料スペースにて、発信させていただきます（参加時スタッフへお声かけ下さい）。
運営の都合上、1機関3名までの参加とさせていただきます。

参加者氏名	職種・役職

◆恐れ入りますが、下記アンケートへのご協力もお願い致します。

- 1、認知症の治療について、医師に聞いてみたいことがあれば、お聞かせ下さい。

[]

- 2、認知症の方との関わりについてお聞かせ下さい。

【上手くいった事例・悩んでいる事例】

【疑問など】

- 3、上記について、研修会での事例提供のご協力は可能ですか。（ 不可・相談可 ）

★★ご協力ありがとうございました。ご参加お待ちしております★★