

杏林大学医学部付属病院

申込期限：令和2年8月28日(金)必着

東京都認知症疾患医療センター 担当：名古屋・赤座 宛

FAX：0422-44-0680

令和2年度第1回 東京都かかりつけ医認知症研修 受講申込書

研修日時：令和2年9月15日(火) 19:30～21:30
研修会場：杏林大学医学部付属病院
第2会議室(外来棟10階)
(三鷹市新川6-20-2)

医療機関名

医療機関住所

電話番号

担当者名

* 受講修了証を東京都が作成し発行いたします。そのため参加者様の生年月日等情報の記入をお願いします。

氏名	生年月日*	主な診療科	職種 (該当箇所に○、記入)	備考
かな 漢字	19 年 月 日		医師 歯科医師 その他()	
かな 漢字	19 年 月 日		医師 歯科医師 その他()	
かな 漢字	19 年 月 日		医師 歯科医師 その他()	
かな 漢字	19 年 月 日		医師 歯科医師 その他()	
かな 漢字	19 年 月 日		医師 歯科医師 その他()	