**FAX送信用紙**

　　　　　　　　　平成29年度福島県地域医療介護総合確保基金事業

**認知症ケアに携わる人材の育成のための研修会申し込み**

　送信先：一般財団法人竹田健康財団　竹田綜合病院　こころの医療センター

　　　　　田口　厚子行

　ＦＡＸ：0242-29-9852

　送信元：施設名

　　　　　連絡先

参加者氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 | 所属（職種・支部） | 11/3  （会津） | 12/3  （郡山） | 1/28　　（いわき） | H28.12/11　　H29.10/8  研修会　　参加の有無 |
| 竹田　太郎 | ○○病院（OT・会津支部） |  | ○ |  | あり |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※**締切　平成２９年　１０月２０日（金）　必着**