

令和 7 年度 認知症サポート医養成研修受講申込書

開催日：令和 7 年 11 月 29 日（土）

会 場：TKP ガーデンシティ PREMIUM 横浜駅新高島

ふりがな				性別（男・女）
氏 名				
生年月日	年	月	日 生	歳
医療機関名				
診療科（所属）		職 名		
職場住所	〒			
テキスト・修了 証書の送付先	〒			
連 絡 先	電 話			
	F a x			
	E-mail			
医師免許	医籍登録番号			
	登録年月日	年	月	日
研修に対する 希望				

※9月 24 日（水）までに栃木県医師会地域医療課までご申請ください。
※募集人数に達し次第、受付を締め切らせていただきます。（先着順）