

E-mail iwaki-sc@oregano.ocn.ne.jp

若年性認知症自立支援ネットワーク会議・研修会 参加申込書

氏 名	所 属

令和5年1月23日（月）までにメールにて下記担当まで送信してください。

連絡先 _____

事業所・団体名： _____

担当者： _____

電話番号： _____

※メールアドレス： _____

※リモートで行うため、カメラ・スピーカー・マイク機能の付いたモバイルにて御参加ください。御記載いただきましたアドレスに zoom の招待 URL を送付しますのでお間違いのない様に御記載ください。

(連絡先)

香川県若年性認知症支援コーディネーター 吉見
TEL 080-4719-5073 FAX 087-879-1080
E-mail iwaki-sc@oregano.ocn.ne.jp
(受託先)医療法人社団以 和貴会 いわき病院
香川県高松市香南町由佐 113 番地 1
TEL 087-879-3533