

令和6年度 仁明会クリニック 認知症疾患医療センター  
研修会申込用紙

申込日 年 月 日

申込者氏名	
事業所名	
電話番号	
FAX 番号	

.....  
《仁明会クリニック記入欄》

お申込みの結果を返信先 FAX 番号に連絡します 返信日 /	
<input type="checkbox"/> 受講を承認させていただきました。	<input type="checkbox"/> お申込み多数のため 締め切らせていただきました。 申し訳ございません。

- ◎ 研修会参加をキャンセルされる場合は、事前にご連絡ください。
- ◎ 当日の受付は14時30分からとさせていただきます。
- ◎ 当日は外来診療中ですので、当施設駐車場は利用できません。公共交通機関をご使用いただくか、近隣のコインパーキングをご利用ください。  
(自転車やバイクの駐輪は可能です)