



申込先 徳島県認知症疾患医療センター講演会担当

メールアドレス tokucog@tph.gr.jp

FAX 番号 088-631-7130

☐ 対面

☐ Zoom

所 属 機 関 名	
職 種	
氏 名	
メー ル ア ド レ ス ※ tokucog@tph.gr.jp 受信可能にしてください	
電 話 番 号 ※ 当日連絡可能な番号をご記入ください	

複数名で受講される場合はご記入ください

氏 名		職 種	
氏 名		職 種	
氏 名		職 種	
氏 名		職 種	

講師への質問