

静岡てんかん・神経医療センター  
企画課専門職 あて  
(FAX 054-246-4640)

## 静岡市認知症疾患医療センター 専門職研修会申込書

住 所：

施設名：

T E L：

F A X：

参加申込者

| 職 名 | 氏 名 | 医籍登録番号 |
|-----|-----|--------|
|     |     |        |
|     |     |        |
|     |     |        |

※申込者は全員ご出席いただけます。  
定員オーバー等で参加できない場合は電話連絡いたします。

提出期限（締切）：令和7年10月16日（木）

主催：静岡市・静岡市認知症疾患医療センター（静岡てんかん・神経医療センター、溝口病院）