

ABC 認知症スケール「事前勉強会」参加申込書

下関市医師会医療・介護連携推進室宛

FAX 083-252-2332

研修会参加者名簿

	氏名	資料の有無	職種	所属・事業所名	連絡先
1		有・無			
2		有・無			
3		有・無			
4		有・無			
5		有・無			
6		有・無			
7		有・無			
8		有・無			
9		有・無			
10		有・無			

「ABC 認知症スケール」をお持ちか否かに○をつけてください。

※ 7月12日（金）までにご返信下さい。