

高知市医師会 第2回認知症講演会
参加申込書 (FAX 088-872-7262)

開催日時 : 令和6年10月9日(水)、18:30~20:00

場 所 : 総合あんしんセンター 3階大会議室

医療機関名

職 種	氏 名

- ※ 参加者多数の場合は、『参加申込書』をコピーして使用下さい。
- ※ 下記QRコードからの参加申込も可能です。



[参加申込QRコード]

〒780-0850
高知市丸ノ内1丁目7-45
高知市医師会事務局
(担当: 室巻)
TEL : 824-8311
FAX : 872-7262