

提出期限：令和7年1月17日（金）

別紙（添書等不要）

令和 年 月 日

岩手県立南光病院
医療福祉相談室 行
FAX：0191-23-9690

令和6年度岩手県立南光病院認知症疾患医療センター研修会
（令和7年2月4日） 御出席報告

所	属	役	職	名	氏	名

・メールアドレス

--

・その他

当院スタッフへ研修会にて質問したいこと等ございましたら、下記にご記入くださいますよう、よろしくお願いいたします。

--