

(様式 1)

宮崎県認知症介護指導者派遣 申込書

年 月 日

宮崎県医療・介護連携推進室 行

申込者 団体の名称：
代表者氏名：
住 所：
担当者氏名：
連絡先電話：
メールアドレス：

次のとおり申し込みます。

テーマ	
希望理由・目的	
実施希望年月日 及 び 時 間	第1希望： 年 月 日() 時 分～ 時 分 第2希望： 年 月 日() 時 分～ 時 分 第3希望： 年 月 日() 時 分～ 時 分 (業務等の関係で調整させていただく場合があります)
参加予定者数	団体名称等： 参加者人数： 人
開催予定場所	
備 考	