

認知症に関する研修会等指定申請書

下記の通り、認知症に関する研修会等を実施するので、大分オレンジドクターの更新に係る研修会として承認していただくようお願いします。

大分県医師会長 殿

平成 年 月 日

申請者 _____

連絡先 _____

研修会等名	
開催日時	平成 年 月 日 () : ~ :
開催場所	
概要 ※プログラム等 の添付があれ ば記載不要	

承認		登録		電話	
不承認					

※承認・不承認を事務局から申請者宛に電話回答します。