

## 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。