

参加申込み票

令和2年 月 日

三重県鈴鹿保健所 地域保健課 田中 あて

FAX 059-382-7958

発信者 所属 _____
氏名 _____
連絡先 _____

令和元年度神経・筋難病医療福祉従事者研修会に 参加 を希望します。

所属	職名・職種	氏名	電話番号	出席希望に○	
				一部	二部

下記の事項の回答にご協力をお願いします。

1. 神経・筋難病患者への支援を実際に行っている。(はい・いいえ)
2. 1. で「はい」と回答された方の関わる患者の疾患名()
3. 今回の研修会で各講師に質問したい事項がありましたらご記入ください。

①パーキンソン病とパーキンソン症候群について

②パーキンソン病とパーキンソン症候群患者の在宅での摂食・嚥下について

③パーキンソン病とパーキンソン症候群患者の理解と支援

4. その他、この機会に質問したい事項がありましたらご記入ください。

※ 令和2年2月7日(金)までにお申込みください。先着順での受付とさせていただきます。