

「認知症についての出前講座」 申込書

申込日 20 年 月 日

認知症について知りたいこと (○をつけてください)	基礎知識 予防 症状 介護 その他 ()
希望日	20 年 月 日
時間	時 分から 時 分まで
場所	
申込者	団体 グループ名
	住所
	氏名
	電話番号
	メール (無い場合は空白で可)
参加者数	人
受講対象者	
実施方法	<p align="center">下のいずれかの<input type="checkbox"/>にチェックしてください。</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> 出前講座のみの実施</p> <p align="center"><input type="checkbox"/> ほかの会合と兼ねて実施</p>
その他	

この用紙はFax(0967-22-0526)または窓口へのご提出をお願いします。

認知症疾患医療センター 阿蘇やまなみ病院