令和元年度　第3回　認知症の方を支える家族の集い

参加申込書

送信先FAX　0152-44-0500

氏名　　　　　　　　　　　　　　（所属）

住所

TEL/FAX

（FAX番号の記載も忘れずにお願いします）

同時に複数の方の申込みをする場合、下記にご記入をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 参加者名 | 所属 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

＜連絡・問合せ先＞

北海道立向陽ヶ丘病院　認知症疾患医療センター

担当 副センター長　平森(ひらもり)

TEL/FAX 0152－44－0500(直通)