

参加申込書

送信先 FAX 0152-44-0500

施設名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

TEL/FAX \_\_\_\_\_

(FAX 番号の記載も忘れずにお願いします)

申込み担当者名 (所属部署) \_\_\_\_\_

No	職 名	参加者名
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

<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)