

(開催日の1週間前までに、FAXでお申込みください)

定員30名(先着順)

FAX送付先 認知症の人と家族の会 山口県支部 (担当:井田)

FAX: 0835-28-7941

令和6年 月 日 () の
本人の集い・家族の集い
参加申込書

★該当する項目に○をつけてください。

参加者の 名前		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (配偶者・きょうだい・子) <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> その他 ()
参加者の 名前		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (配偶者・きょうだい・子) <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> その他 ()
参加者の 名前		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (配偶者・きょうだい・子) <input type="checkbox"/> パートナー <input type="checkbox"/> その他 ()
住 所	〒 () - ()	
連絡先	氏名 () TEL FAX メールアドレス	
備 考	★問い合わせや連絡事項などがありましたら、備考欄へ御記入ください。	

○記載いただいた個人情報は、集いに関する以外には使用いたしません。
○山口県のホームページにチラシ・申込書を掲載します。(ダウンロード可能)