

FAX 返信 送信票

(表紙無しで、このままお送り下さい)

又は、E-mail にて添付して下さい(件名:交流会参加)

FAX : 023-645-8180

E-mail : j-furuchi@tmw.or.jp

山形厚生病院

認知症情動療法ネットワーク推進係 担当 古内 行

【2024年 5月 24日(金)開催】

「第6回 認知症情動療法 地域連携交流会」

参加申込書

※参加を希望される方は、5月10日(金)までに

ご返信お願いいたします。

施設名	
職種	
参加者名	
電話番号	
住所(任意)	
メールアドレス	
○認知症のことで悩んでいること、困っていること／当院へのご要望	

※お申し込み後、ご欠席の場合はご連絡をお願いいたします。

※住所は案内状などお送りさせて頂く為に使用します。

※参加者は定員の都合上、先着順とさせていただきます。