

東播認知症教室申込書

《申込方法》

- ▶ FAXの場合 → → 下記の申込項目を記入し、加古川医師会にFAXして下さい。
(FAX 079-421-4303)

東播認知症教室 参加申込

参加希望日	平成 年 月 日 ()
参加者	ふりがな () 氏 名 () □加古川市・□稲美町・□播磨町・□その他 ()
	氏名(ふりがな) ふりがな () 氏 名 () □加古川市・□稲美町・□播磨町・□その他 ()
居住地	ふりがな () 氏 名 () □加古川市・□稲美町・□播磨町・□その他 ()
連絡先 TEL	

質問内容（認知症に関して講師にお聞きになりたい事を、ご記入ください。）

※この枠内に質問内容がおさまらない場合は、別用紙に書いて頂いても結構です。

- ▶メールの場合 → → メールタイトルに「東播認知症教室」と入力し、「参加希望日」「参加者氏名・居住地」「連絡先 TEL」を入力しメールして下さい。
(医師会 office @ kakogawa.hyogo.med.or.jp)

- ▶郵送の場合 → → ハガキに「参加希望日」「参加者氏名・居住地」「連絡先 TEL」を記入し、加古川医師会宛に送付して下さい。
(〒675-0065 加古川市加古川町篠原町 103-3)

※ 定員になり次第受付終了となります。

定員オーバーした場合のみ、お断りのご連絡をさせていただきます。