

滋賀県若年認知症コールセンター宛て

本人・家族交流会 出席申込書

FAX 077-582-6040

年 月 日 開催に参加します。

お名前 _____ ご本人・ご家族(続柄) _____

お名前 _____ ご本人・ご家族(続柄) _____

お名前 _____ ご本人・ご家族(続柄) _____

ご連絡先 住所 _____

電話番号 _____

その他 ご参加に伴い、必要と思われることがありましたら、ご記入を
お願いします。
