|  |
| --- |
| 家族介護者向け研修会受講申込書 |

下記に必要事項をご記入ください

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏名 |  |
| 連絡先 | TEL |
| 携帯 |
| 住所 |  |
| 申し込み会場 |  | フラワーヴィラ（花園テラス） |
|  | ウェスタ川越・会議室１ |
|  | 県民健康センター・大会議室C |

※定員になり次第募集を締め切らせていただきます。ご了承ください。

|  |
| --- |
| 公益社団法人　認知症の人と家族の会　埼玉県支部　行FAX：０４８－８１４－１２１１ |