

令和元年度 若年性認知症普及啓発研修会

「認知症とともに生きる地域づくり」申込書



開催日：9/29（日）

会場：群馬会館 2階 ホール

必要事項を記載の上、FAX又は郵送にてお申し込みください。

9/18

FAX番号：027-243-2044

郵送先：〒371-8570 前橋市大手町1-1-1

群馬県庁地域包括ケア推進室 認知症・地域支援係あて

【参加申込者】

(フリガナ) 氏 名	所属等 (該当する番号に○を付けてください) ※支援者の場合は、所属・職種も御記入ください。
	1 本人・家族 2 支援者 所属 職種
	1 本人・家族 2 支援者 所属 職種
	1 本人・家族 2 支援者 所属 職種

申込代表者の方のお名前、御連絡先を御記入ください。

申込代表者	氏 名	
連 絡 先	住 所	〒
	電 話 番 号	
	ファックス番号	
	メールアドレス	

※申込人数が多かった場合や当該研修に関するお知らせをする際は、申込代表者の方に御連絡させていただきます。