東京慈恵会医科大学　第三病院認知症疾患医療センター

2023 年度　慈恵結びの会　参加申込み用紙

Ｆａｘ：03-3488-7452

●参加希望日に〇をつけてください。

【 10/7（土）、12/16（土）、3/2（土）】

※準備の都合上、1 週間前までにお申し込みください。

（フリガナ） 氏名		
住　所	〒　　－	
連絡先 （後日事務局より連絡できるところ）	ご自宅の電話番号又は携帯電話番号	FAX 番号(ある場合)
メールアドレス	メールでの連絡をご希望の方、リモートで参加希望の方は、必ずご記入ください。 @	

■日頃の介護で知りたいことや心配なことなどがありましたらご記入ください。

■その他

※上記の個人情報は、目的以外では使用いたしません。