

家族の会リフレッシュ交流会 参加申込書

【申込み方法】

FAX : 096-223-5164

TEL : 096-223-5164

申込締切 平成30年7月10日(火)

【お問い合わせ先】

認知症の人と家族の会 熊本県支部事務局 (096-223-5164)
担当 (村田・木下)

該当する所に○を付けて下さい

参加者氏名	性別	年齢	該当する所に○を付けて下さい				住 所	電話番号 携帯電話優先
			本人	現在 介護中	介護 経験者	専門職		
	男・女	才						
	男・女	才						
	男・女	才						
	男・女	才						
	男・女	才						

備考欄 (何か要望がありましたらお書き下さい。)

[]

●交流会へ参加される方以外の方の緊急連絡先を必ずお書き下さい

緊急連絡先	名 前	電話番号 (携帯電話優先)

※多数のご参加をお待ちしています!