

認知症出前講座申込書

申込日(記入日)	平成 年 月 日		
申込団体名			
代表者氏名			
連絡先	住所	〒	
	電話番号	(自宅) ー ー	(携帯) ー ー
	担当者氏名		
希望日時	第1希望:平成 年 月 日(曜日) 時 分~		
	第2希望:平成 年 月 日(曜日) 時 分~		
	第3希望:平成 年 月 日(曜日) 時 分~		
実施会場名			
実施会場住所	〒		
参加予定人数	名程度(申込時に予想される人数で構いません)		
希望される内容			

※ 上記の太枠内をご記入下さい。

※ お申込みは郵送、FAX または電話でお願い致します。 **FAX 0123-40-0701**

お問い合わせ先

医療法人資生会 千歳病院 認知症疾患医療センター 担当:片野・作田

直通 TEL 0123-40-7111 FAX 0123-40-0701

〒066-0067 千歳市桂木1丁目5番6号

千歳病院 代表 TEL 0123-40-7000 (内線163)