若年性認知症を理解するための講演会参加申込み

送信先：西宮市社会福祉協議会　地域福祉係

ＦＡＸ　０７９８−２３−３９１０

申込み人数（　　名）

※恐れ入りますが３名以上でお申し込みの場合は、本紙を複写の上ご使用ください。

お名前（ふりがな）	
ご住所	（所属：　　）
連絡先	電話（　　）・FAX（　　）
当てはまるものに〇を付けてください。 □家族介護者　□介護経験者　□一般　□地域福祉活動者・ボランティア □ケアマネジャー　□地域包括支援センター　□介護職 □看護職　□医療職　□その他（　　）	

お名前（ふりがな）	
ご住所	（所属：　　）
連絡先	電話（　　）・FAX（　　）
当てはまるものに〇を付けてください。 □家族介護者　□介護経験者　□一般　□地域福祉活動者・ボランティア □ケアマネジャー　□地域包括支援センター　□介護職 □看護職　□医療職　□その他（　　）	

お名前（ふりがな）	
ご住所	（所属：　　）
連絡先	電話（　　）・FAX（　　）
当てはまるものに〇を付けてください。 □家族介護者　□介護経験者　□一般　□地域福祉活動者・ボランティア □ケアマネジャー　□地域包括支援センター　□介護職 □看護職　□医療職　□その他（　　）	

※ 参加決定の通知は行いませんので、当日会場に直接お越しください。
（定員超過等でお断りする場合のみご連絡いたします。）

※いただいた個人情報は、本講演会の開催目的以外には使用いたしません。