

FAX:0875-72-2192

第16回 認知症を考える会 《参加申込書》

日時:平成29年1月22日(日) 9:50~16:40 場所:ユープラザうたづ

◆申込締切日: H29年1月13日(金)

◇参加証は1月16日以降にFAXにて申込代表者様へ一括送信させていただきます。

FAXが無い方には「はがき」をお送りします。20日午前までに届かない場合はお手数ですがご連絡ください

(参加証は、講演会当日必ずお持ち下さい) *一般市民の方でFAXが無い方は「はがき希望」の欄に○を付けてください

◇お申込みに際しFAXがない場合、メールでの申し込みが可能です。

メールアドレス: nishikagawa@yahoo.co.jp

申込用紙と同じ項目「氏名(フリガナ)・住所・電話番号」をご記入の上、上記アドレスまでメールでお申し込みください。

◇お申込みにFAXもメールもない場合に限り電話での申し込みが可能です。

電話(0875)72-5121 (三豊市立西香川病院) 担当:井川・上田までご連絡ください。

《参加申込書》					
一般市民の方	連絡先	(住所) 〒 _____ _____ 県 _____ 市・郡	(TEL) (_____) _____	(FAX) *必ずご記入下さい。 (_____) _____	はがき希望
	参加者氏名 (フリガナ)	一般の方は「市民公開講座のみ」の参加となります 10:00~11:45 (開会・挨拶 9:50~)			

《参加申込書》						
専門職の方 (FAXのみ)	施設名			申込代表者名		
	連絡先	(住所) 〒 _____ _____ 県 _____ 市・郡	(TEL) (_____) _____	(FAX) *必ずご記入下さい。 (_____) _____		
	参加者氏名	職 種 等 該当するものに○をして下さい	希望の分科会番号を記入して下さい		昼食弁当 (1000円)	
	(フリガナ)	() 介護職 () 看護職 () ケアマネージャー () ソーシャルワーカー・相談員 () その他 ()	第1希望	第2希望	第3希望	第4希望
	(フリガナ)	() 介護職 () 看護職 () ケアマネージャー () ソーシャルワーカー・相談員 () その他 ()				

* 太枠内すべてお書き下さい。

* 希望分科会は必ず第1~4希望まで数字でご記入下さい。
(分科会は、人数調整させて頂くこともあります)

* 弁当(お茶含む)希望の方は、欄に○を記入して下さい。
弁当は、昼食時に代金と引き換えとなります。
講演会参加証(弁当引換券)と代金を一緒にお持ち下さい。

* 用紙が足りない場合にはコピーしてお使いください。

* 一般の方でFAXがない場合に限り「はがき」で参加証を送付させていただきます。FAXのない方は「はがき希望」に○をつけてください。

* 分科会につきましては、定員を設けております。
原則先着順とさせていただきますので、ご理解の程
よろしくお願いたします。