

認知症を知る講演会

ファックス申込書
( 0285-22-9543)

令和7年 月 日

ふりがな	
氏名	
年代	10代・20代・30代・40代 50代・60代・70代以上・その他
住まい	市内 ・ 市外
立場(職種)	一般市民・医療系・介護系・行政
講師へのご質問がありましたら ご記入ください。	
講師へのご質問の際に、直接マイクで 質問していただく ことはできますか？	<input type="checkbox"/> できる ・ <input type="checkbox"/> 遠慮したい ↓ できると回答した方：よろしければ電話番号を教えてください。 電話番号：

《申込先》小山市 高齢生きがい課 在宅医療介護連携係