

## 参加申し込み用紙

参加ご希望の方は、必要事項をご記入の上、FAXにてお申し込みください。

愛媛県認知症疾患医療センター 十全ユリノキ病院 宛

FAX : 0897-47-6681

御施設名		
御連絡先		
	御名前	職種

※個人情報は適切に管理し、利用目的範囲内で利用させていただきます。

申し込み〆切：2019年11月8日

11月20日（水）まで延長

<お問い合わせ先>

愛媛県認知症疾患医療センター十全ユリノキ病院 ☎0897-47-6681 (担当：野村・大西)