

参加申込票

【12月9日（土）開催】
認知症フォーラム 2017 奈良
認知症 知ろう・語ろう・支え合おう！

参加ご希望の方は、下記の参加申込票に必要事項をご記入の上、①FAX ②郵送 ③Eメールのいずれかの方法でお申し込み下さい。

◆会場の定員に達するまでの間、お申し込みを受け付けますが、参加決定通知は致しませんので、ご了承のうえ、当日会場にお越しください。

また、定員に達した場合は、事前にお断りする場合がありますので、あわせてご了承下さい。

宛先： 公益社団法人 認知症の人と家族の会 奈良県支部 行

①FAX : 0742-41-1026

②住所 : 〒631-0045 奈良市千代ヶ丘 2-3-1

③Eメール : ninchi-nara@kcn.jp

氏名		会員 ・ 非会員 (○で囲んで下さい)	
住所			
電話番号			
年齢		性別 (○で囲んで下さい)	男性・女性
氏名		会員 ・ 非会員 (○で囲んで下さい)	
住所			
電話番号			
年齢		性別 (○で囲んで下さい)	男性・女性

◆今回のフォーラム以外には使用致しません。

◆1枚で2名までご応募できます。3名以上の場合はコピー等で、新しい用紙でお申し込み下さい。

FAX

0742-41-1026