

医療法人永寿会 恩方病院

認知症カフェ&ファミリーサロン参加申込用紙

下記、必要事項をご記入のうえ平成 29 年 5 月 31 日（水）までに、

恩方病院へ FAX（042-651-3424）でお送り下さい。

申込日：

ふりがな 氏名		来院方法	公共交通機関 ・ 車
連絡先	(〒 -)		
	電話	所属	ご家族 ・ 支援機関
	携帯電話		その他 ()
ふりがな 氏名		来院方法	公共交通機関 ・ 車
連絡先	住所 (〒 -)		
	電話	所属	ご家族 ・ 支援機関
	携帯電話		その他 ()
ふりがな 氏名		来院方法	公共交通機関 ・ 車
連絡先	住所 (〒 -)		
	電話	所属	ご家族 ・ 支援機関
	携帯電話		その他 ()
質問、ご要望			

○ 申込みが定員を超え、ご参加いただけない場合のみご連絡いたします。

○ いただいた個人情報は、本事業以外の目的には使用いたしません。

申込用紙送付先

〒192-0152 八王子市西寺方町 105 恩方病院 地域連携室
TEL: 042-651-3411 (9時~17時) FAX: 042-651-3424