

認知症ケア市民向けフォーラム(1月28日)  
参加申込票

事業所名または団体名 :

\_\_\_\_\_

T E L :

\_\_\_\_\_

M A I L :

\_\_\_\_\_

No	お名前
1	
2	
3	
4	
5	
6	

申込み先 : 大牟田市介護サービス事業者協議会

認知症ライフサポート研究会

担当 : 月山、前田 (大牟田市福祉課内)

TEL : 0944-85-0470 MAIL : office@omutakaigo.net

※申込みは FAX によるほか、メール、ご持参いただいてもかまいません。

※記入欄が不足する場合は、コピーしてお使いください。