

送信先

大湫病院 FAX 0572(63)2248

申し込み締切

令和2年3月10日(定員各45名 完全予約制 先着順)

定員に達し、参加できない場合はご連絡致します。

お問い合わせ 大湫病院 認知症疾患医療センター
 TEL 0572(63)2397 月～土(日祝を除く) 9:00～17:00

体験ご希望の方は、電話または下記の項目をご記入の上FAXにてお申し込みください

(ふりがな) 参加者お名前	(電話番号) ご連絡先	※参加希望時間○を付けて下さい	
		1部(13:00～14:30)	2部(15:30～17:00)
おおくて はなこ 例 大湫 はな子	(日中つながるご連絡先) 0572-63-2231		○
1			
2			
3			

※参加希望者が3名以上の場合はコピーしてFAXして下さい

職種:(専門職の方のみ)

事業所名(勤務先)

会場: 瑞浪市地域交流センターときわ
 瑞浪市寺河戸町1131番地の2

駐車場は、ときわ付属駐車場をご利用下さい
 交流センターご利用の方には無料サービス券をお渡しします
 お車の乗り合わせに、ご協力をお願いします



ご記入いただきました個人情報、本事業以外には使用いたしません