

送信先098-943-4702

※この用紙1枚をFAX送信して下さい

H30年度沖縄県若年性認知症支援推進事業  
【参加申し込み共通用紙】

次の開催について申し込み致します。※参加希望日を記入下さい

若年性認知症本人家族交流会（若年性カフェ）

※参加希望日 平成 年 月 日（土）

支援者研修会

宮古島市開催 平成30年6月11日（月）会場：下地農村環境改善センター

本島開催 平成30年8月3日（金）会場：沖縄県総合福祉センター

フォローアップ（宜野湾市開催）

※参加希望日：平成 年 月 日（ ）会場：新オレンジサポート室

申し込み者

ご氏名：

所属（お立場）又は職種：

連絡先：電話番号（必須）：定員オーバーの際に連絡致します。

問い合わせ先：特定医療法人カハ会 新オレンジサポート室 中野 TEL 098-943-4085