

申し込みFAX送信用紙



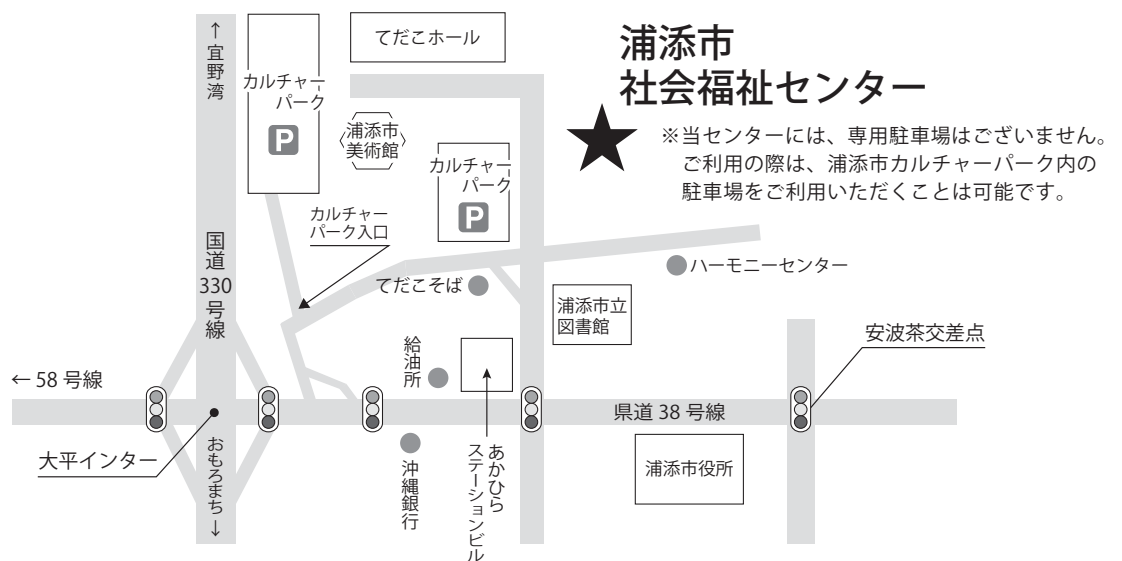
FAX番号：098-935-2272

北中城若松病院内

「認知症地域ネットワークフォーラム in 沖縄」実行委員会

担当 中野 宛

	申込者ご氏名 ※必須	連絡先(電話番号) ※必須 定員オーバーの際のみ連絡致します。
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		



申し込み締め切り 平成27年12月25日

<お問い合わせ先>

〒901-2395 沖縄県北中城村大城311番地 北中城若松病院内
「認知症地域ネットワークフォーラム in 沖縄」実行委員会 担当中野
098-935-2277 (内線395)