

# 共に生き ともに歩もう 認知症

## 公開講座 参加申込書

お名前	性別	お住まいの市町村	職業・分野
	男 ・ 女	_____ 市(町) または所属先 ( )	医療・福祉・教育・学生・ 本人・介護家族・企業・ 行政・ボランティア・ その他 ( )
お名前	性別	お住まいの市町村	職業・分野
	男 ・ 女	_____ 市(町) または所属先 ( )	医療・福祉・教育・学生・ 本人・介護家族・企業・ 行政・ボランティア・ その他 ( )
お名前	性別	お住まいの市町村	職業・分野
	男 ・ 女	_____ 市(町) または所属先 ( )	医療・福祉・教育・学生・ 本人・介護家族・企業・ 行政・ボランティア・ その他 ( )
お名前	性別	お住まいの市町村	職業・分野
	男 ・ 女	_____ 市(町) または所属先 ( )	医療・福祉・教育・学生・ 本人・介護家族・企業・ 行政・ボランティア・ その他 ( )



 **FAX 023-687-0397**

必要事項をご記入の上、FAXで送信してください。

お電話でのお申込み

山形県認知症相談・交流拠点 さくらんぼカフェ

 **023-687-0387**

公益社団法人 認知症の人と家族の会 山形県支部

〒990-0021 山形市小白川町 2-3-31 山形県総合社会福祉センター内  
mail : kazokunokai@camel.plala.or.jp TEL : 023-687-0387