

FAX  
046-849-7743

久里浜医療センター 認知症疾患医療センター 宛

必ず  
ご記入  
下さい

月 日 (金)  
第 回 もの忘れ外来 家族会

## 参加申込書

参加者氏名	続柄	ご住所	電話番号
( 歳)			
( 歳)			
( 歳)			

※お申込み後、何らかのご事情で来られなくなった時は、お手数ですが お電話かFAXにてお知らせいただけますと助かります。よろしくお願ひします。

1) 当院家族会を何でお知りになりましたか？ (該当するものに丸を。複数回答可)

- ①横須賀市の講座等、 ②地域包括支援センター、 ③かかりつけ医・他病院、  
④病院の掲示、 ⑤病院ホームページ、 ⑥知人の紹介、  
⑦その他 ( )

2) ご参加を希望される回について、担当講師への事前質問をお受けしています。

ご質問がありましたら、以下の欄にご自由にご記入下さい。

第 回 講師への質問