|  |
| --- |
| ご回答者　連絡先 |
| 氏　名　：ＴＥＬ　： |

岐阜市民病院　認知症疾患医療センター　行

令和元年度　VR認知症体験会　参加申込書

ＦＡＸ：０５８－２５１－９９２７

Mail：nintishocenter-g@gmhosp.gifu.gifu.jp

※参加を希望される回に○をつけて下さい。

※先着順のため複数の回に○を付けることは可能ですが、受講は1回のみで日時は主催者側で振り分けさせて頂きます。

ご了承ください。

※受講決定致しましたら、電話もしくは郵送で受講決定のご連絡を致します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 | 所属 | 電話番号 | 住所 | 第1回11/2(土)AM | 第2回11/2(土)PM | 第3回1/11(土)AM | 第4回1/11(土)PM | 第5回2/8(土)AM | 第6回2/8(土)PM |
|  |  |  | 〒 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 〒 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 〒 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 〒 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 〒 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 〒 |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | 〒 |  |  |  |  |  |  |