

花巻市長寿福祉課包括支援係 行き  
FAX送信先 **0198-41-1299**

## 令和5年度 花巻市認知症セミナー 参加申込書

令和5年 月 日

	(ふりがな) 参加者氏名	ご住所	ご連絡先 (電話番号)
1			
2			
3			
<b>【備考】</b> (座席の配慮等が必要な方は、ご記入ください)			

**【注意事項】**

- ・中止になった場合や定員を超えた場合は、個別にご連絡いたします。
- ・本申込書にご記入いただいた個人情報は適正に管理し、本セミナーの受付のみに使用いたします。

申込み期間／**令和5年 9月4日**①～**10月6日**②

**電話またはFAXによりお申込みください**

〈お申込み・お問合わせ〉

**花巻市健康福祉部長寿福祉課 包括支援係**

〒025-8601 花巻市花城町9番30号

**電 話 0198-41-3576**

**F A X 0198-41-1299**