

# 申 込 用 紙

山梨県福祉保健部健康長寿推進課

認知症・地域支援担当 あて (FAX: 055-223-1469)

(メール: [chouju@pref.yamanashi.lg.jp](mailto:chouju@pref.yamanashi.lg.jp))

施設名 \_\_\_\_\_

記載責任者名 \_\_\_\_\_

連絡先 (Mailまたは電話) \_\_\_\_\_

11月17日 (火) 介護予防・リハビリテーションのつどい

## 参加者名簿

参加者 \_\_\_\_\_ 人

氏 名	職 種	お 住 まい
		市 町 村
		市 町 村
		市 町 村
		市 町 村
		市 町 村

※申込用紙が足りない場合は、コピーしてご記入ください。

お手数ですが、令和2年11月6日(金)までに返信をお願いいたします。