

レビー 小体型 認知症

サポート
ネットワーク

愛知



申込書に必要事項をご記入の上、

FAX : 052-981-6879 (総合上飯田第一病院)

または、下記までご郵送をお願いします。

〒462-0802

名古屋市北区上飯田北町2丁目70番地
社会医療法人 愛生会 総合上飯田第一病院
レビー小体型認知症サポートネットワーク
担当 玉木

- 申込書に記載いただきました個人情報、本交流会の参加者把握以外の目的で使用することはありません。
- 交流会について変更等がある場合には、記載いただいた連絡先に連絡いたします。
- 申し込み後、キャンセルされる場合は、総合上飯田第一病院 TEL:052-991-3111 (代表) 担当:玉木まで連絡をお願いします。

■ 申込書

お名前		男・女	年齢	歳代
ご連絡先	TEL :			
お立場	ご本人・ご家族・医療関係者(医師・看護師・保健師・PT・OT・ST) 介護関係者(CM・施設介護者・ヘルパー・通所サービス)・ 地域包括支援センター・その他()			
申し込み人数				
一緒に申し込まれる方との関係				
●質問事項 (当日、抜粋して質問にお答えいたします。時間の都合上、お答えできない場合もございます。)				