

第2回家族介護支援事業 参加申込書

地域包括支援センター芳川 宛

FAX 053-426-1513

電話・QR でのお申し込みも受け付けております。

TEL : 053 - 426 - 1503

申込み締切り：10/25（土）

氏 名	住 所	連絡先 電話番号
	*下記に○をつけてください。 家族介護者 ・ 支援者 ・ 一般	
	*下記に○をつけてください。 家族介護者 ・ 支援者 ・ 一般	
	*下記に○をつけてください。 家族介護者 ・ 支援者 ・ 一般	

※『支援者』とは、家族以外で介護・支援している方です。

お申込みありがとうございます。ご来場お待ちしております。