

送信先098-943-4702 ▶▶ 新オレンジサポート室宛

※この用紙1枚をFAX送信して下さい

令和2年度沖縄県若年性認知症支援推進事業

参加申し込み共通用紙

※参加希望事業欄に☑して下さい。

若年性認知症本人家族交流会（若年性カフェ）

①希望日：_____

②希望時間：_____

支援者研修会

7/9（木）八重山地区（①・②）

9/15（火）中部地区（①・②）

7/17（金）北部地区（①・②）

12/11（金）宮古地区（①・②）

8/17（月）南部地区（①・②）

相談会 12/12（土）9時～11時 うむやすみゃあす・ん診療所 テイクア室

一般向け講演会 10/3（土）10時～11時 奥武山公園

申し込み者

名前	所属・職種	連絡先

■支援者研修会・一般向け講演会を申し込む方は下記の記入もお願いいたします。

*健康状態申告書配布方法（郵送・FAX） FAX番号 _____

*郵送先住所（自宅／職場） _____