



薫風会山田病院認知症疾患医療センター

FAX : 042-461-0626

「家族介護教室」 受講申込書

| | |
|--------------|---------|
| (ふりがな) 氏名 | |
| 連絡先 | |
| 参加希望日 | 月 日 () |

※令和5年4月27日 締め切り

FAX 送信先 : 042-461-0626