認知症VR体験会　　　参加申込書

下記の必要事項をご記入の上、令和５年**９**月**11**日（月）までに

FAXでお送りください。

申込日　：　　令和５年　　　　月　　　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | 連絡先 | お住いの地区（例：橋賀台） |
|  |  |  |
|  |  |  |

※後日、参加の可否についてはご連絡させていただきます。

申し込み先

成田市西部北地域包括支援センター　押畑支所

FAX　　0476-22-8553