市民健康講座
「厚木市における認知症のケアと治療」
受講申込用紙

下記に必要事項をご記入のうえ**令和７年２月６日（木）**までに、
厚木医師会事務局へご持参いただくか、郵送、FAX 又は E-mail（info@atsugi-ishikai.or.jp）
でお送り下さい。

ふりがな 氏　名		年齢	歳
＊申込者以外に参加される方がいる場合の人数		人	
居住地	厚木市 ・ 愛川町 ・ 清川村 ・ その他（　　） （ 該当する居住地に〇をしてください。 ）		
電　話			
E-mail			

※ 取得した個人情報は、市民健康講座の運営業務のために必要な範囲で利用いたします。

会場には駐車場がありませんので、公共交通機関をご利用ください。

申込用紙送付先

〒243-0011　厚木市厚木町６-１　厚木医師会事務局
TEL: 046-222-1259（平日９時～17 時）　FAX：046-223-0556
E-mail: info@atsugi-ishikai.or.jp