

認知症疾患医療センター 岐阜病院 宛

(FAX 058-259-3376)

「VR認知症体験会（専門職向け）」参加申込書

令和元年8月11日 13時30分開始（13時受付）

申込年月日 年 月 日

*申し込み多数の場合は、各機関で人数調整をお願いする場合がございます。ご了承ください。

所属機関・施設名	氏名（職種）	電話番号
	()	
	()	
	()	