

受付番号 No. _____ (職員記入)



「もっと知ろう もっと語ろう 認知症」 申込書

お住まいの地域 該当箇所には○をして下さい	佐土原町域内	左以外の宮崎市内	宮崎市外() ※市町村名をご記入下さい
名前 (年齢)	(歳)	(歳)	いずれかに○をして下さい 一般 ・ 子ども
名前 (年齢)	(歳)	(歳)	一般 ・ 子ども
名前 (年齢)	(歳)	(歳)	一般 ・ 子ども
名前 (年齢)	(歳)	(歳)	一般 ・ 子ども
電話番号			質問は裏面にご記入ください。

※お預かりした情報は本イベントの目的以外に利用いたしません。