**令和５年度　函館市認知症カフェフォーラム**

**参加申込書（10月23日締切）**

【申込み先】　函館市保健福祉部高齢福祉課　家族介護支援・認知症担当　行

**ＦＡＸ：0138-26-5936**

**E-mail：kazoku-kaigo@city.hakodate.hokkaido.jp**

**本申込書に必要事項を記入の上，メールまたはFAXでお申込み願います。**

開催日時：令和５年１１月６日（月）　１３時～１６時

会　　場：函館市亀田交流プラザ　１階講堂

|  |  |
| --- | --- |
| **所　　属** | **記　載　者　名** |
|  |  |
| **電話番号** |  | FAXまたはE-mail |
| 職　　名 | 　　　　　　　　　　　　　ふりがな　　　　　　　　　氏　　　名 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ○　本研修会で，確認したいことや質問がありましたらご記載ください。 |