

FAX送信先 053 - 439 - 1406

FAX申込用紙

聖隷クリストファー大学保健福祉実践開発研究センター 公開講座

申込講座名	2014年9月4日（木）・6日（土）・11日（木） 「認知症を予防しよう」全3回
-------	---

2014年 月 日

(ふりがな) 氏名	
参加講座	ご希望の参加日にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 第1回：2014年9月4日（木）13:30～15:00 <input type="checkbox"/> 第2回：2014年9月6日（土）13:30～15:00 <input type="checkbox"/> 第3回：2014年9月11日（木）13:30～15:00
性別	<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性
年齢	()歳
電話番号	
FAX番号	後日、参加票をFAXで返送いたしますので必ずご記入ください。
メールアドレス	
郵便番号	
住所	
この講座を何でお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 案内チラシ <input type="checkbox"/> 大学ホームページ <input type="checkbox"/> 知人からの紹介 <input type="checkbox"/> 浜松市健康ポイント“うごく&スマイル”パンフレット <input type="checkbox"/> その他()

注意事項

定員は各回50名程度です。定員オーバーの際は先着順とさせていただきます。

今回ご記入いただきました情報は、本講座と次回以降の講座のご案内に使用させていただきます。