

**無料**  
**先着50名**

# お申込みの方法

下記必要事項を記入し、FAXしてください。  
第2回認知症セミナー当日（平成30年2月26日）は  
記入済みのこの申込用紙をご持参ください。  
一度のお申込みで受付できるのは3名までです。

お申込みFAX番号

**06-6636-3539**

**※空欄があると受付できませんのでご注意ください※**

ふりがな  
代表者

代表者含む  
( 参加人数 名)

ご住所 〒

お電話番号

FAX番号

問い合わせ先

大阪市立大学医学部附属病院(阿倍野区旭町1-5-7)

認知症疾患医療センター（牧田・曹）

☎06-6645-2857（9時から17時 土日祝、年末年始除く）

<http://www.hosp.med.osaka-cu.ac.jp/dementia-center/>