

FAX 送付先 ころの医療センター（担当：家城） FAX:0836-58-6503
 または
 山口県長寿社会課 （担当：橋本） FAX:083-933-2809

令和2年度 山口 本人の集い 参加申込書

★該当する項目に○をつけてください。

参加者の名前		<ul style="list-style-type: none"> ・本人 ・家族（配偶者・両親・子） ・パートナー ・その他（ ）
参加者の名前		<ul style="list-style-type: none"> ・本人 ・家族（配偶者・両親・子） ・パートナー ・その他（ ）
参加者の名前		<ul style="list-style-type: none"> ・本人 ・家族（配偶者・両親・子） ・パートナー ・その他（ ）
住 所	〒（ ）—（ ）	
連絡先	氏 名（ ） TEL _____ FAX _____ 【メールアドレス】 _____	
備 考	★問い合わせや連絡事項などがありましたら、備考欄へ御記入ください。	

○記載いただいた個人情報、集いに関する以外には使用いたしません。

○確認のため、お申込後、担当から連絡いたします。

○電話または FAX で、お申込みください。