◎申し込み　大湫病院 認知症疾患医療センター

（申し込み締め切り R5.11/10）　ＦＡＸ　0572-63-2248

ＴＥＬ　0572-63-2397（申し込み専用）

定員
300名

代表者氏名		希望人数	名
連絡先TEL		お住まい	市・町・村
所　属	・一般市民　　・専門職　（職種：　　）		
事業所名 （専門職の方）			

駐車場は無料です。第3駐車場（中津川公園の中央北ゲート）、または第3駐車場に隣接する第4駐車場をご利用下さい（看板有）。
お申し込み多数の場合は、定員に達した時点で締め切りとさせて頂き、その場合はご連絡致します。
お申し込み頂きました個人情報は、本事業以外の目的には使用致しません。