認知症介護家族支援講座申込書（３月８日高崎市会場）

　　　　　　　　　　　　（FAX番号027－289－2741）

申込者

名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　性別　　　男　　女

住所

電話番号

年齢　　　　　　　　歳

介護を受けている人

名前　　　　　　　　　　　申込者との続き柄

住所（別居の場合）

年齢　　　　　　歳

発症に気が付いた時期　　　　　　　年　　　月頃（　　　年前）

診断を受けた時期　　　　年　　　月　診断名

要介護認定　　　未申請　　要支援（　　）　要介護（　　）

紹介者　（家族の会会員の方は不要です）

名前　　　　　　　　　　所属