

FAX.022-233-7941

E-mailの方はこちら **seikatu@hss.tbgu.ac.jp**

※各回定員 50 名です。定員になり次第締め切りさせていただきます。

「VR で疑似体験する認知症」体験申込書

※該当する□にレ印をつけてください。

参加希望回	<input type="checkbox"/> 1 回目 (受付 9:00～、開始 10:30～) <input type="checkbox"/> 2 回目 (受付 13:00～、開始 13:30～)		
お名前			
所属	<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> 社会人 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 主婦 <input type="checkbox"/> その他 _____ ※学生の方は、学校名をご記入ください。		
電話番号			
一緒に参加される方の有無	<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		※「いる」とお答えの方は、一緒に参加される方のお名前をご記入ください。
	お名前		所属

※通信欄 (講師の方にご質問等がありましたら、お聞かせください。)

お問合せ
お申し込み

東北文化学園大学医療福祉学部保健福祉学科 (担当:菅谷)

FAX.022-233-7941 (裏面の申込用紙をご利用ください。) ホームページ:<http://www.tbgu.ac.jp/>
Eメール:seikatu@hss.tbgu.ac.jp

