

認知症疑似体験プログラム 購入申込書

FAX:03-5405-1502

年 月 日

公益社団法人 長寿社会文化協会 御中

下記の通り、認知症疑似体験プログラムセットの購入を申し込みます。

1. 注文数 _____ セット

2. 申込者名(企業・自治体・団体・学校名)

3. 住所
〒

4. TEL・FAX・E-mail

TEL

FAX

E-mail

5. 担当者名

6. 利用目的