



医療法人昭友会 森林公園メンタルクリニック宛

住所：埼玉県比企郡滑川町羽尾495
電話：0493-56-4775
FAX：0493-56-4817

FAX

送付先： **デイケア モニター会担当**
件名： **モニター会 参加申し込み**

説明会参加（ご希望される方はとご記入ください）

第1部と第2部 第1部のみ（交流会希望） 第2部のみ

※交流会ご参加の場合は第2部の参加は出来ませんので予めご了承ください。

説明会参加形式（ご希望される方はとご記入ください）

ご来院 WEB

下記の必要事項をお書きの上 FAX をお願いいたします。

事業所名

担当部署

所在地

電話番号

FAX 番号

メールアドレス

参加人数

参加者氏名

ご返信期限 6月19日（月）

FAX:0493-56-4817