ＶＲ認知症体験会の申し込みについて

※受講を希望される方が複数おられる場合は、それぞれにご記入ください。

日　時：令和5年3月5日（日）　午前の部：10:30～12:00　　午後の部：14:00～15:30

場　所：ビッグパレットふくしま　1階　コンベンションホール

【注意】ＶＲ機器の都合により、先着100名となります。（当日受付は不可となります）

　　　　受講の可否につきましては、後日、ご報告いただいた住所宛にご案内させていただきます。（2月下旬頃予定）

１　希望する時間帯

　□　午前の部（10:30～12:00）　　□　午後の部（14:00～15:30）

　□　午前の部、午後の部のどちらでもよい

２　ご氏名：　　　　　　　　　　　　　（フリガナ：　　　　　　　　　　　）

３　住所（正しくご記入いただけない場合、聴講券をお送りすることができませんので、番地まで正しくご記入ください。）

　　〒

４　連絡先電話番号：

５　性別：□男性　　□女性

６　年齢：　　　歳

７　このイベントをどのようにしてお知りになりましたか？

　□薬局窓口に掲示されたポスター　　□新聞広告（福島民友）　　□新聞広告（福島民報）

　□福島県薬剤師会のホームページ　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）

８　出席者の区分

　□医療従事者　　□介護従事者　　□一般市民　　□その他（　　　　　　　　　　　）

申込先ＦＡＸ：０２４－５４９－２２０９