

相談窓口予約票

江戸川区医師会地域包括支援センター 認知症ホットライン宛

(担当 酒本)

(送付先 FAX 5607-5593)

月 日 時 分の認知症相談窓口における

担当医師による助言、指導に申し込みます。

* キャンセルの場合は早急にご連絡下さい

事業所名	
連絡先 TEL	FAX
来所予定事業者氏名	備考*1

* 1 事業者の方の職種をご記入下さい。(ご本人、ご家族同行希望の場合は続柄等が分かるようにご記入下さい。)