



【参加申込票】

令和元年度 エポレ精神保健福祉家族教室

お名前	連絡先（携帯番号可）	第1回 12月14日	第2回 1月25日
(例) 豊田 太郎	090-1234-xxxx	○	×

※ 受付完了のご連絡はしておりません。定員を超えた場合等にご連絡いたします。

●ご質問等ございましたら、ご記入ください。

【問合せ】
地域生活支援センター エポレ
TEL：0565-25-0052
FAX：0565-21-5003