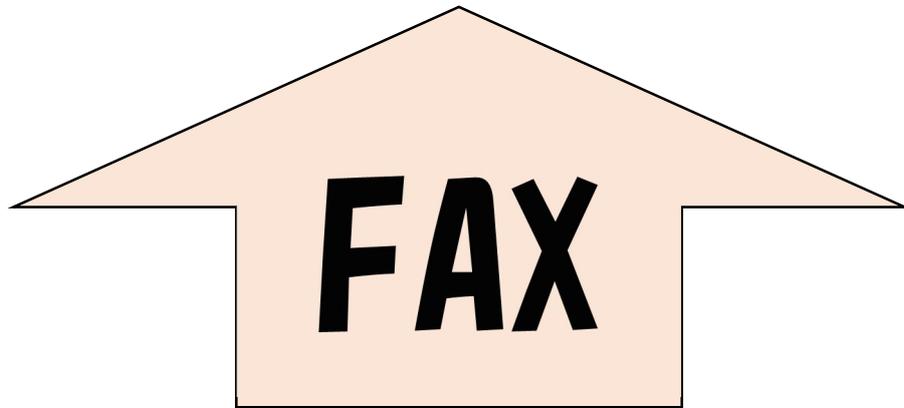


FAX 042-367-0560



オレンジサロンの参加を希望します。

【参加者名】

参加者のお名前	認知症の方との関係	ご住所（町名）

何か困りごとやご相談事がありましたら、お書きください。
