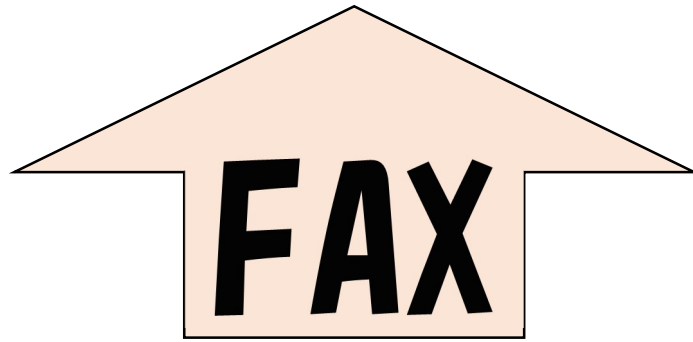




FAX: 042-367-0560

オレンジサロンの参加を希望します。

参加者のお名前	認知症の方との関係	ご住所（町名）

松村医師へのご質問等がありましたらお書きください。

--