|  |  |
| --- | --- |
| **介（たすけ）カフェ　参加申込書** | |
| 参加者 | |
| 氏　名： | 患者さんとの続柄： |
| 診断名：  ※わかる範囲で結構です | |
| かかりつけ医療機関： | |
| 相談したいこと・困っていること等 | |

**本活動の趣旨は医療を提供する場ではありません**

**ご家族の居場所づくり、心のよりどころを目指しています**

**そのため個別の医療相談には対応いたしかねます**

**参加申込書ご記入のうえ，下記メールへご返送ください**

東京医科大学病院　認知症疾患医療センター

Eメール：[mitomechaya@gmail.com](mailto:mitomechaya@gmail.com)

※ 迷惑メール設定によりメールが届かないことがありますので、設定を変更していただけますと幸いです

※ 参加人数が少ない時は、開催中止する場合がございます。その際はご連絡差し上げます