**参加申込書（参集用） / リモート希望者は下段参照**

申込締切：令和５年８月２９日（火）

|  |  |
| --- | --- |
| **申込者氏名** |  |
| **申込者のお立場** | **１．認知症の本人　2．本人の家族 ３．本人の同行者****４．一般 ５．医療機関 ６．介護事業所****７．地域包括支援センター　　　　　８．行政****９．企業 　　　１０．報道関係****11.認知症の人と家族の会****１2.その他（具体的に　　　　　　　　 　）** |
| **申込者ご連絡先** | **電話番号** |
| **所在地** | **長崎県（　　　　　　　　　　　　　　　　）市町** |
| **一緒に参加希望の方がいらっしゃる場合は、その人数をご記入ください。** | **上記記入以外の参加人数：（　　　　　　　　　　　　）人** |

※申込者の個人情報は、本事業の運営に係る目的のみに使用し、他の目的で使用することはありません。

※先着順（定員１00名）です。お早めにお申込みください。定員を超え、ご参加をお断りする場合にのみご連絡差し上げます。

申込方法

本申込書にご記入の上、以下の送り先へＦＡＸしてください。

**送信先　ＦＡＸ：０９５－８４２－３５９０**

認知症の人と家族の会長崎県支部事務局　行き

＜お問合せ先＞

認知症の人と家族の会長崎県支部事務局（火・金のみ）10：00～16：00 095-842-3590

認知症の人と家族の会長崎県支部世話人　若年性認知症担当：太田 090-5022-4799

　　　　　　　　　　　　　 　　代表　　　　　　　　　 神原 090-2502-9829

****　**＊リモート申し込みの方は、右のＱＲコードをご利用下さい**

**リモート問い合わせ：川﨑　kenshibu2021kouenkai@gmail．com**

(090-4776-2006)