

# 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4年8月30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、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、下記のメールアドレスへ申し込んで下さい

リモート担当:川崎 [Kenshibu2021kouenkai@gmail.com](mailto:Kenshibu2021kouenkai@gmail.com)