**会場参加申込書　/　リモート希望者は下段参照**

**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７年９月16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＞①　会場参集の方本申込書にご記入の上、下記送り先へ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　宛

**②スマホ参加の方：左のＱＲコードをご利用下さい**

**③パソコン参加の方**[**https://forms.gle/9cHCsZ4LneJzgwGe8**](https://forms.gle/9cHCsZ4LneJzgwGe8)

＜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：坂本 080-8364-8124

代表：太田 090-5022-4799

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

担当：川崎　090-4776-2006