ＦＡＸ　０４３－２４４－６０２２

送付文は不要です。

**＜申込期限：令和３年３月１日（月）＞**

**千葉県認知症コーディネーター・地域支援推進員**

**活動事例報告会 参加申込書**

令和３年　　月　　 日

一般社団法人千葉県高齢者福祉施設協会長　 様

所属名

電話番号

ＦＡＸ番号

以下のとおり、参加申込をいたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **氏　　名** | **職　 名** | **ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ等の別** | **昼 食** | **備　考** |
|  |  | □ ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ  □ 地域支援推進員  □ それ以外の方 |  |  |
|  |  | □ ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ  □ 地域支援推進員  □ それ以外の方 |  |  |
|  |  | □ ｺｰﾃﾞｨﾈｰﾀｰ  □ 地域支援推進員  □ それ以外の方 |  |  |

　注)１ 「コーディネーター等の別」欄に、必ず☑をお願いします。

注)２ 昼食（ホテルの弁当：税込1,000円）を希望される方は「昼食欄」に〇印を付してください。（但し、３月９日（火）正午以降は、キャンセルできません。）