**岩手県高齢者総合支援センター　玉山　あて**

別紙１

**令和６年度本人ミーティング開催向けた情報交換会参加申込書**

**【FAX：019-625-7494】＊添書不要**

**令和　　　　年　　　　月　　　　日**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 市町村名 | |  | | |
| 所属 |  | | 所属先  住所 |  |
| TEL  FAX |  | | メール |  |
| 担当者 | 職名 |  | 氏名 |  |
| 参加者 | 所属 |  | 資格 | ①認知症地域支援推進員  ②生活支援コーディネーター  ③ﾁｰﾑオレンジ・認知症カフェ構成員  ④その他（　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　） |
| 職名 |  | 氏名 |  |
| メール |  | | |
| 所属 |  | 資格 | ①認知症地域支援推進員  ②生活支援コーディネーター  ③チームオレンジ・認知症カフェ構成員  ④その他（　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　） |
| 職名 |  | 氏名 |  |
| メール |  | | |
| 本人ミーティング  開催の状況 | | ①開催している　　②開催していない　　③検 討 中　　　④未 定 | | |

＊　必要事項を記入のうえ、**令和７年３月18日**（火）までに**ＦＡＸで**申込みください。

なお、定員を超えた場合は人数調整する場合があり、受講できない場合のみ事務局から連絡します。

＊　複数名参加される場合は、申込書を複数枚使用ください。

お問い合わせ

岩手県高齢者総合支援センター　玉山

TEL　019⁻625-7490/FAX　019-625-7494