

認知症カフェ 出前教室 申込書

認知症カフェ名 ・グループ名等				
ふりがな				
代表者氏名				
連絡先	ふりがな	-----		
	氏名			
	住所	鶴岡市		
	電話番号	自宅・勤務先・携帯 ()		
開催日時		月 日 (曜日) 午前・午後 時 分～ 午前・午後 時 分		
開催場所	施設名			
	住所			
参加者数		約 名		
主な参加者		<input type="checkbox"/> グループホーム職員 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護職員 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム職員 <input type="checkbox"/> 老人保健施設職員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所職員 <input type="checkbox"/> 自治会・町内会等 <input type="checkbox"/> 市民有志 <input type="checkbox"/> その他()		
備考(特に知りたい内容や質問事項があれば、お書きください)				
お問い合わせ先	◆鶴岡市健康福祉部長寿介護課 認知症地域支援推進員 TEL 0235-25-2111 内線533 FAX 0235-29-5658 mail: shien@city.tsuruoka.yamagata.jp			

市記載欄

上記について 〃 が従事してよろしいか。

係	主事	主査	課長補佐	課長

受付印

--

起案 年 月 日 決裁 年 月 日