**認知症講演会（認知症に係る介護保険研修会）**

**参加申込書**

申込締切：令和７年５月２０日（火）

|  |  |
| --- | --- |
| **申込者氏名（ふりがな）** |  |
| **お立場** | **１．医師会関係　　　　 ２．その他医療従事者**  **３．介護事業所関係 ４．行政関係**  **５．地域包括支援センター　６．一般**  **７．認知症の人と家族の会**  **８．その他（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　）** |
| **会場参加** | **電話** |
| **所在地** | **長崎県（　　　　　　　　　　　　　　　　）市町** |

※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＞**

**【会場参加】**

**本申込書にご記入の上、以下へ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**

**問い合わせ電話 (095-842-3590)　「火・金 10時～16時」**

**又は　TEL：０９０－５０２２－４７９９（太田まで）**

**責任者：認知症の人と家族の会長崎県支部代表　神原千代子(０９０－２５０２－９８２９)**

**【リモート参加】**

下記URL又はQRコードから事前に**お申し込みください。(本申込書の提出は不要です。)**

**https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN\_sEqsA5IvS3aZ3cDdok\_xOQ**

**QR コード

AI によって生成されたコンテンツは間違っている可能性があります。　　　　　　　　　　　　　　　　※申込をされた場合、折り返し登録アドレスに返信があります。**

**QRコード　　　　　返信がない場合、アドレスの誤り等が考えられますので、再登録されるか、下記担当までお問い合わせください。**

**※問い合わせ先： (TEL095-844-1111)　担当者：保険医療課　光嶋**

**「平日 9時～17時 土曜9時～12時」**

　　　　　　　　　　　　　 　　(メールアドレスmmitsushima-zimu@nagasaki.med.or.jp)