

**別添**



申込者 → 認知症介護研究・研修東京センター

- インターネットでの申込 : <https://www.dcnnet.gr.jp/suishinforum.php>  
【エクセル不要】
- メールでの申込 : [cmr@dcnet.gr.jp](mailto:cmr@dcnet.gr.jp)
- F A X での申込 : 03-3334-2156

※センター使用欄

**認知症の人による社会参加活動推進フォーラム  
～認知症地域支援推進員のチャレンジ～  
(2020年2月7日) 参加申込書**

申込締切  
2月3日(月) 正午  
厳守

**\* 同行者がいらっしゃる場合は、申込者の下欄に参加総数と同行者の氏名・立場をご記入下さい。**

1. 申込者氏名 <small>苗字と名前の間は 全角スペース1つ</small>	氏名	フリガナ(全角)		
2. 自治体名 <small>* 必須</small>	都道府県名	市区町村名		
3. 立場 <small>* 必須</small>	該当する番号の欄に○印を1つお付け下さい。			
	01.都道府県行政	02.市区町村行政	03.地域包括支援センター	
	04.介護関係者	05.医療関係者	06.社会福祉機関	07.警察・消防
	08.本人	09.家族	10.企業	11.市民
	12.その他 ( )			
4. 電話番号 <small>* 必須</small>				

同行者		* 足りない場合は、行を増やしてご記入下さい。	
	氏名 <small>苗字と名前の間は全角スペース1つあけて下さい。</small>	フリガナ(全角)	立場 <small>上記3. 立場で該当するものをお1つ選択下さい。</small>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			