【認知症の人と家族の会山口県支部宛】

**やまぐち希望大使等派遣申込書**

申込日　　　　　年　　　月　　　日

**１　基本情報**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属名 |  |
| 住　所 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 連絡先 |  |
| 市町担当課・  連絡先 |  |

**２　派遣希望内容**

|  |  |
| --- | --- |
| イベント名・  会議名等 |  |
| 内　容 |  |
| 希望する日時 | 第1希望（　　月　　　日　　曜日　　　：　　～　　：　　）  第2希望（　　月　　　日　　曜日　　　：　　～　　：　　）  その他希望  ［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |
| 開催場所  （住　所） |  |
| 対象者及び人数 |  |
| 方　法 | 訪問　・　ウェブ　・　その他（　　　　　　　　　　　　） |
| 謝礼・交通費 | 謝礼　：　　有　　・　　無  交通費：　　有　　・　　無 |
| 希望大使等の氏名  または人数 |  |

※決定した日時については、認知症の人と家族の会山口県支部から連絡を行います。

※認知症の人と家族の会山口県支部と事前に打合せをお願いします。