

五所川原市認知症フォーラム後援団体申請書

令和 年 月 日

五所川原市認知症フォーラム  
主催者 様

団体名  
代表者職・氏名  
住 所  
担当者氏名  
連絡先

<p>1 後援内容について</p>	<p>了承した項目にチェックを入れてください。  <input type="checkbox"/> 後援は、フォーラムの趣旨に対する賛同および名義使用の承認のみであること  <input type="checkbox"/> 実行委員会には参加しないこと  <input type="checkbox"/> 当日の運営協力およびブース出展は行わないこと  <input type="checkbox"/> フォーラムの企画・運営に関する実務的な役割は一切担わないこと</p>
<p>2 広報・記録に関して</p>	<p>該当するものにチェックを入れてください。  <input type="checkbox"/> フォーラムの広報物（チラシ、ホームページ等）への団体名掲載を承諾します  <input type="checkbox"/> 当日の写真・記録等を報告書や広報に使用することを承諾します</p>
<p>3 確認事項</p>	<p>すべての項目にチェックを入れてください。  <input type="checkbox"/> 本フォーラムの趣旨を理解し、後援団体として賛同します  <input type="checkbox"/> 営利・宗教・政治活動を目的とするものではありません  <input type="checkbox"/> 後援は名義使用のみであり、企画・運営・事故等に関する責任を負わないことを理解しています</p>

※申請内容を踏まえ、後援団体については主催者において決定します。

※提出期限：令和8年4月24日（金）を過ぎた場合、受理しかねます。

【問い合わせ・提出先】

五所川原市 福祉部 介護福祉課  
地域包括支援係

TEL：0173-35-2111

FAX：0173-34-1018

Mail：houkatsu@city.goshogawara.lg.jp