

五所川原市認知症フォーラム共催団体申請書

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 共催を希望する理由・目的</p>	
<p>2 ブース出展について</p>	<p>現時点で、ブース出展の予定がある ・ ない (どちらかに○)</p>
<p>3 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>4 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、共催団体として協力します <input type="checkbox"/>実行委員会に参加し、企画および運営に主体的に関与します <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"/>主催者と相互に連携し、本フォーラムの運営方針に基づき円滑な運営に協力します</p>

※申請内容を踏まえ、共催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