別紙様式

若年性認知症支援者見える化事業参加申込書

 事業の趣旨を理解し、以下のとおり参加を申込みます。

　　　　年　　月　　日

事業所名：

代表者名：

申込担当者氏名:

連絡先(電話番号):

連絡先(メール):

**＜事業所情報＞**

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 事業所名 |  |
| 郵便番号 | 〒 | 　　　- | 電話番号 | - - |
| 住　所 |  |
| サービス種別 |  |
| 取り組み内容一言ＰＲ（200字まで） |  |

滋賀県若年性認知症支援者見える化事業参加にかかる情報公開同意書

滋賀県知事　あて

滋賀県若年性認知症支援者見える化事業への参加に際し、提出した申込書に記載の事業所情報（事業所

名、郵便番号、住所、電話番号、サービス種別、取り組み内容、一言ＰＲ）

について、関係機関に情報提供するとともに、県ホームページにおいて公開することに同意します。

送付先：〒520-8577 大津市京町四丁目1番1号

滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課

在宅医療福祉・認知症施策推進係　担当：仲下

TEL　077-528-3522　FAX　077-528-4851

E-mail　ninchisyo@pref.shiga.lg.jp