

認知症出前講座申込書

福岡県認知症医療センター
 (医療法人光風会 宗像病院)
 センター長 長谷川 浩二 あて

申 込 者	住所(所在地)			
	団体名等		代表者	
	担当者	連絡先 (TEL)		

下記のとおり認知症出前講座を申込みます。

事業名 (会の名称)				
日時	年 月 日 ()	時 分	～	時 分
会場		他の催し		

★事業(会)の目的及び内容等

目的:

内容:

入場料、参加費、会費等: 無 ・ 有 () 円

参加予定人員: 名

★希望する認知症講座の内容:

認知症疾患の話 身体合併症の話 薬の話 リハビリの話

食事の話 もの忘れ外来の話 認知症介護の話 制度全般の話

その他 ()

注1 申込は開催の100日前までをお願いします。都合によりお受けできない場合があります。

注2 確約書(別紙)とともに申込下さい。

福岡県認知症医療センター記載欄

派遣職員	
------	--

上記実施について決裁願います。

センター長	看護部長	事務部長	診療部長	担当者

確 約 書

今回、認知症出前講座を申込み事業（会）は下記に該当しないことを確約します。

1. 営利を目的とした事業（会）
2. 団体・会員募集を目的とした事業（会）
3. 特定の政党その他政治団体の利害に関する又は公私の選挙に関し特定の候補者若しくは政党を支持する事業（会）
4. 特定の宗教や宗派、教団を支援する事業（会）
5. 反社会的行為を行い、又は行うおそれがある者が主催又は共催する事業（会）
6. その他、福岡県認知症医療センター（医療法人光風会 宗像病院）が不適当と認める事業（会）

団体名_____

代表者名_____