|  |  |
| --- | --- |
| 送信先 | 特定非営利活動法人地域共生政策自治体連携機構日本認知症官民協議会事務局E-mail：c2p@network.email.ne.jp　／　FAX：03-3266-1670 |

『認知症バリアフリー社会実現のための手引き』

申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申込日 | 年　　　月　　　日 |
| ◆団体名等 |  |
| 参加団体名・企業名関係省庁名 |  |
| 企業からお申込みの場合に記載御社が加盟する参加団体名※ |  |
| ※官民協議会の参加団体につきましては、協議会ホームページ「参加団体一覧」をご確認ください。 |
| ◆送付希望冊子 |  |
| 旅館・ホテル編 |  | 冊 |
| 携帯ショップ編 |  | 冊 |
| 薬局・ﾄﾞﾗｯｸﾞｽﾄｱ編 |  | 冊 |
| 配食等編 |  | 冊 |
| 運動施設編 |  | 冊 |
| 図書館編 | 在庫なし | 冊 |
| 金融編 | 在庫なし | 冊 |
| 小売編 |  | 冊 |
| 住宅編 |  | 冊 |
| レジャー・生活関連編 |  | 冊 |
| ◆使用目的 |  |
| 使用目的 | ・【業務などで常備して使われる場合】どこの組織の、誰が・何人、いつ使用するのか、具体的にお書きください。・【イベント等で使われる場合】いつ、どこで、誰が・何人、何のために使用するのか、具体的にお書きください。 |
|  |
| ◆送付先情報 |  |
| 氏　名 |  |
| 所属部署 |  |
| 肩　書 |  |
| 住　所 | 〒　　　- |
| 電　話 |  |
| メールアドレス |  |
|  | ※当初在庫（各業種300冊）分に限り、１法人3冊を上限として無償提供いたします。※送料はご負担願います。着払いの宅配便で送付します。 |