|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  | | | |
| 薬局・ﾄﾞﾗｯｸﾞｽﾄｱ編 | 在庫なし | | 冊 | |
| 配食等編 |  | | 冊 | |
| 運動施設編 |  | | 冊 | |
| 図書館編 |  | | 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 | ・【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。  ・【仕事時などに常時着用される場合】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 | | | |
|  | | | |
| ◆送付先情報 |  | | | |
| 氏　名 |  | | | |
| 所属部署 |  | | | |
| 肩　書 |  | | | |
| 住　所 | 〒　　　- | | | |
| 電　話 |  | | | |
| メールアドレス |  | | | |
|  | ※現在の在庫分（各業種300冊）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。 | | | |