県高齢福祉課担当者行

ファックス：045-210-8874 　メール：fkaigo.48@pref.kanagawa.jp

所在地：〒231-8588　横浜市中区日本大通１

コグニサイズ等　実施（予定）連絡票

　次のとおり実施しました（実施する予定です）ので、情報提供します。

　なお、下記のうち、**＊**印の項目の県ＨＰへの掲載について、了承します。

**（次の欄は、必ずお書きください）**

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名**（＊）** |  |
| 代表者氏名**（＊）** |  |
| 団体所在地（代表者住所）**(＊)市区町村名まで** | 市区町村 |
| 地番・方書 |
| 連絡先 | （平日日中連絡の取れる連絡先をお書きください） |
| 実施した(予定)教室等 | 名称**（＊）** |  |
| 内容**（＊）** | □　コグニサイズ(複数チェック可)□　コグニサイズ以外　　　（コグニサイズ以外は、プログラム名をお書きください。）　 プログラム名（　　 　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 実施場所**(＊)** |  |
| 実施（予定）日時**（＊）** | 平成　　年　　月　　日（　　曜日）　　　午前・午後　　時　　～　　午前・午後　　時 |
| 参加者募集**(＊)** | □　現在募集していない□　現在募集中　　問い合わせ先 |
| 参加（見込）人数**(＊)** | 　　　　　　　　人 |
| 参加者の年齢層**（＊）** | □40歳未満　□40歳代　□50歳代　□60歳代(複数チェック可)□70歳代　□80歳代　□90歳以上　□不明 |

**（次の欄は、任意にお書きください。）**

|  |  |
| --- | --- |
| 実施した感想、参加者の声 | （書ききれない場合は、別紙に記載していただいても結構です） |
| 写真添付 | 添付の有無 | □あり　　□なし |
| 写真の県ﾎｰﾑﾍﾟｰｼﾞへの掲載の可否 | □可**（＊）**　　□否個人が識別できる写真の場合は、掲載について、必ず本人の了解を得て、それを確認した者の氏名を記載してください。　（確認者氏名　　　　　　　） |
| リンクの掲載希望 | □　あり**(\*)**　 □　なし　　　　　　URL（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他御意見があればお書きください。 | （書ききれない場合は、別紙に記載していただいても結構です） |

御協力ありがとうございました。