

令和 4年 4月 30日

会員各位 様

高知県若年性認知症の人と家族と支援者の会  
会長 北村 ゆり

## 高知県若年性認知症の人と家族と支援者の会

### 令和 4 年度研修会・総会のご案内

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素より当会の趣旨にご賛同・ご協力いただき厚く御礼申し上げます。

さて、高知県若年性認知症の人と家族と支援者の会 令和 4 年度若年性認知症研修会 及び総会を下記の通り開催する運びとなりました。

研修会は一般・非会員の方も参加可能ですがコロナ過の為、会場定員を少なくして開催し、会員の皆様にはなるべく ZOOM によるインターネット配信にてご参加いただけますようお願いいたします。したがって総会につきましては、感染予防のためなるべく委任状を提出していただき、出席は控えていただきますようお願い申し上げます。

#### 記

日 時：令和 4年 6月 12日(日)

14:00～ 開会挨拶

14:05～ 若年性認知症研修会 (会員のみ ZOOM によるインターネット配信あり)

15:50～ 令和 4 年度高知県若年性認知症の人と家族と支援者の会 第 4 回総会

場 所：オーテピア高知図書館ホール 4階

\*なお会場参加の際はマスクの着用をお願いいたします。

発熱など体調が良くない場合には参加をご遠慮ください

### 申し込みに必要な書類 (FAX 提出可能) 088-825-1623

- ①「継続会員申し込み書」 (正会員は会費 1,000 円)
- ②「研修会の参加申し込み書」
- ③「総会委任状」

# 令和4年度 若年性認知症研修会のご案内

日 時	令和4年 6月12日(日) 14:00～(13:20～受付開始)
場 所	オーテピア高知図書館 ホール 4階

講演①「高知県の若年性認知症支援コーディネーター事業報告と  
全国の好事例」  
高知県若年性認知症コーディネーター 池田 由美 氏

講演②「認知症になってからのセカンド・ストーリー  
～認友との出逢い～」  
一般社団法人 セカンド・ストーリー代表 山中しのぶ 氏

参加希望の方は裏面の申込用紙に必要事項を記入の上ご連絡下さい。

定員は55名です。

参加費は無料ですが非会員の方は資料代1,000円徴収いたします  
(当日入会大歓迎！)

年会費未納の会員の方は速やかに納入をお願いいたします。  
(すでに令和4年度会費納入済の会員はZoom聴講が可能)

必ずマスクを着用し咳エチケットにご協力をお願いします。また、当日は自宅等にて  
体温測定し、発熱など風邪症状のある方は参加をご遠慮ください。

## 【申し込み・問い合わせ先】

高知県若年性認知症の人と家族と支援者の会 事務局

電話088-825-1622 FAX088-825-1623 (菜の花診療所内)

メール:kochi-jyakunen2018@outlook.jp

主催:高知県若年性認知症の人と家族と支援者の会 共催:高知市居宅介護支援事業所協議会

月 日

FAX送信先: 088-825-1623

高知県若年性認知症の人と家族と支援者の会 宛

## 令和4年度 若年性認知症研修会 参加申し込み書

非 会 員	氏名	住所	電話番号

当日資料代(1,000円)を徴収いたします。

会 員 は こ ち ら	氏名	所属と連絡先	Zoom希望の場合は資料を受けとれるメールアドレスを記入してください。

記載されたアドレスにzoom配信等についてご連絡いたします。  
また、総会については別途用紙提出となっておりますので必ずご提出ください。

準備の都合上6月3日までにファックスかメールにて  
申し込みをお願いします

メール: kochi-jyakunen2018@outlook.jp

# 高知県若年性認知症の人と家族と支援者の会

## 【令和4年度 新規入会申込み書】

申込み年月日：(西暦) 202 年 月 日 (No )

1.	会員種別 どちらかに✓	<input type="checkbox"/> 正会員(当事者・家族・支援者)(千円) <input type="checkbox"/> 賛助会員( <input type="checkbox"/> ひと <input type="checkbox"/> 五千円)
2.	し めい 氏 名	
3.	連絡先住所 (自宅・勤務先)	(〒 - )
4.	電話番号	( )
5.	FAX番号	( )
6.	e-mail	@ (PC・携 帯)
7.	当会に望むこと	
専門職・支援者は以下の項目に記入をお願いいたします		
8.	所属勤務先	
9.	職 種	

※個人情報につきましては、当会運営以外には用いません。

【申し込み先】 088-825-1623 まで FAX、あるいは事務局までご持参下さい

事務局：〒780-0842 高知市追手筋1-9-22 菜の花診療所内

高知県若年性認知症の人と家族と支援者の会 TEL088-825-1622

会費は、用紙提出後の4週間以内に納入をお願いいたします

【振込先】 四国銀行 大津支店 (店番126) (普通) 口座番号：5152968

名 義：高知県若年性認知症の人と家族と支援者の会 会長 北村ゆり

# 会員継続申込書 (正会員・賛助会員)

(西 曆): \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

高知県若年性認知症の人と家族と支援者の会 会長 様

貴会の趣旨に賛同し、(正会員・賛助会員)を継続しますので、  
年会費を貴会所定の下記振込口座に振り込みます。

1.	会員種別	<input type="checkbox"/> 正会員(千円) <input type="checkbox"/> 賛助会員 ( <input type="checkbox"/> ) - <input type="checkbox"/> :五千円
2.	し めい 氏 名	(団体の場合は担当者名)

※以下は変更がある場合のみご記入ください。

3.	連絡先住所 (自宅・勤務先)	(〒    -    )
4.	電話番号	(    )
5.	FAX番号	(    )
6.	e-mail	@    (PC・携帯)
7.	所属勤務先	
8.	職 種	

【申し込み先】 088-825-1623 まで FAX、あるいは事務局までご持参下さい

**会費の納入は、申込書提出の翌月末までをお願いいたします**

【振込先】 四国銀行 大津支店 (店番 126) (普通) 口座番号 : 5152968

名 義 : 高知県若年性認知症の人と家族と支援者の会 会長 北村ゆり

令和 4年 4月 30日

会員各位様

高知県若年性認知症の人と家族と支援者の会

会長 北村 ゆり

## 高知県若年性認知症の人と家族と支援者の会 令和4年度総会のご案内

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

平素より当会の趣旨にご賛同・ご協力いただき厚く御礼申し上げます。

「高知県若年性認知症の人と家族と支援者の会・令和4年度総会」を下記の通り開催いたします。

感染予防の観点より、会場の定員は60名となっております。今年度はWeb環境も整えることにしておりますが、皆様には委任状を提出していただき、出席は控えていただきますようお願い申し上げます。

### 記

日 時：令和 4年 6月12日(日) 15:50開始 16:20終了

(令和4年度 若年性認知症研修会の終了後に総会を開会します)

場 所：オーテピア高知図書館 ホール 4階

\* 令和4年度の会費納入(継続会員)手続きをお願いいたします。(年会費1,000円)

\* 参加の際はマスクの着用をお願いいたします。

**研修会の申し込みと総会の出欠連絡(委任状)は別の用紙となっております。**

**研修会も参加の方は両方の用紙に記入し提出して下さい。**

### 【お問い合わせ先】

〒780-0842 高知市追手筋1-9-22 菜の花診療所内

高知県若年性認知症の人と家族と支援者の会 事務局 担当:白木・押岡

電話:088-825-1622 FAX:088-825-1623 (菜の花診療所)

**FAX送信先:088-825-1623**

**高知県若年性認知症の人と家族と支援者の会 事務局 御中**

6月6日月曜日必着でFAX (or 郵送)提出をお願いいたします

**《6月12日開催 令和4年度総会についての解答》**

※会員お一人につき1枚必要です。(不足の場合は人数分コピーして下さい)

①か②に○      ②の場合AかBに○をお願いいたします

①(      )6月12日開催の令和4年度総会に出席致します。

会員名前:

\*リモートでの決議執行権については検討中です

②(      )令和4年度総会に欠席いたします。(委任状)

つきましては議決の権限を

A. (会員名) \_\_\_\_\_ 氏

B. 議 長

に委任いたします。

高知県若年性認知症の人と家族と支援者の会    会長 北村 ゆり様

会員住所 \_\_\_\_\_

会員名前 \_\_\_\_\_ 印

**研修会の申し込みと総会の出欠連絡(委任状)は別の用紙となっております。**

**研修会も参加の方は両方の用紙を提出してください。**