**送付先**

**神奈川県福祉部高齢福祉課　高齢福祉グループ　行**

**メールアドレス　anshinkaigo@pref.kanagawa.jp**

**ＦＡＸ番号　　 ０４５－２１０－８８７４**

**電話番号　　　 ０４５－２１０－４８４６**

**〔新規掲載〕「コグニサイズ実施団体一覧表」の掲載内容についての連絡票**

**団体名　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**回答者 　 　（　　　　　　　　　　　　　　　　）**

**【掲載内容】　※選択肢のあるものは該当するものを○で囲んでください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 住所 | 問合せ先電話番号 | コグニサイズの教室等の名称 | 実施場所 |
| 〒 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施曜日 | 実施時間帯 | 参加者募集の有無 | 参加費用の有無 | 参加者の年齢層 | 一言メッセージ（参加希望者に向けたメッセージなど） |
|  |  | 有・無 | 有・無（有の場合：　円） | 　　歳代～　　　　歳代 |  |

|  |
| --- |
| 備　考（ホームページアドレスなどをご記入いただいても結構です） |
|  |