**送付先：E-mail****k25@shahokyo.jp**

「2023介護・認知症なんでも無料電話相談」の実施アンケート

記入者：社保協名(　　　　　　　　)　　氏名(　　　　　　　)

1. 「介護電話相談」の実施について、〇を付けてください
	1. 実施する
	2. 他の相談活動と合同するなどして実施する
	3. 検討中

1. 「介護電話相談」の日程と時間帯について

（中央社保協は、１１月１１日(土)１０時から１８時に行います）

　　　　　　月　　日(　)　　　　時～　　　　時

1. 取り組む主体は

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 実施会場について（中央は東京労働会館５階会議室）

　　実施会場(　　　　　　　　　　　　　)　連絡先電話番号(　　　　　　　　)

1. 「認知症の人と家族の会」との共同について、〇をつけてください。
	1. 相談員として協力してもらう
	2. 相談員として協力を呼びかけている
	3. 協力の呼びかけの方法が分からない
	4. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

1. 電話番号について（中央はフリーダイヤル）※どちらかに○印を

　（　）中央のフリーダイヤル（0120-110-458）を使用する

　（　）独自の電話を使用する

　　　　電話番号（　　　　　　　　　　）　団体名（　　　　　　　　　）

※この件についてのお問合せ先

不明な点は、中央社保協事務局・大嶋まで問い合わせください。