認知症サポーター養成講座を申し込まれる方は、下記の申込書にご記入の上、

高齢者福祉課 介護予防事業係までお申し込みください。

「認知症サポーター養成講座」申込書

高齢者福祉課 認知症サポーター養成講座担当 行

ＦＡＸ:０３－３８０２－３１２３

太枠内にご記入ください　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者氏名  （申込団体名） | 代表者氏名（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 連絡先 | 住所  電話番号　　　（　　　）　　　　FAX　　　（　　　）  ※　日中、連絡がとれる電話番号をご記入ください。 | |
| 開催希望日時 | 第１希望 | 第２希望 |
| 令和　　年　　月　　日（　　）  午前・午後  　　　時　　分～　　時　　分 | 令和　　年　　月　　日（　　）  午前・午後  　　時　　分～　　時　　分 |
| 参加人数 | 名 | |
| 会場名 | 所在地（　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 会場で使用可能な  視聴覚機器の状況  （○をつけて下さい） | ・ＤＶＤの再生機　ある　なし  ・プロジェクター　ある　なし  ・スクリーン　　　ある　なし | |
| 備考欄 |  | |

**＜メイト・事務局　記入欄＞**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 担当メイト氏名  （メイトＩＤ） | |  | |
| 時間配分 | ～ | 講座内容 |  |
| ～ |  |
| ～ |  |
| ～ |  |
| ～ |  |