

認知症サポーター養成講座申込書

[キャラバン・メイト(講師)派遣申込書]

年 月 日

下記のとおり認知症サポーター養成講座の申し込みをします。

※太枠の中を記入してください。

住 所	〒		
団 体 名			
代 表 者			
電 話			
希 望 日 時	第1希望	年 月 日()	時 分～ 時 分
	第2希望	年 月 日()	時 分～ 時 分
予 定 会 場 (会場は、申込者 で確保願います)	会場名 電話 所在地 〒 ビデオ・DVD 使用 ビデオ可 ・ DVD 可 ・ 不可		
参加予定人数	人(うち、男 人、女 人)		
打 ち 合 わ せ 担 当 者	氏名 電話		
受 講 対 象 者	1. 住民 2. 企業・職域団体 3. 学校 4. その他()		
備 考			

☆申し込み : 希望日の1カ月前までをお願いします

☆提出先 : 磐田市健康福祉部高齢者支援課

地域包括ケア推進グループ

TEL 0538-37-4831

FAX 0538-37-6495

担当グループ名