認知症サポーター養成講座受講申込書

年　　　月　　　日

◆認知症サポーター養成講座について、以下のとおり申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 団体名 |  | |
| 連絡先 | 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
|  |  |  |
| 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 |
| 第３希望 | 年　　　月　　　日（　　）  時　　　分　～　　　時　　　分 |
| 開催場所 |  | |
| 参加予定人員 | 人 | |
| 備考 | 準備可能な物品があれば○をお願いします。  　【　プロジェクター　・　パソコン　・　スクリーン（又は白い壁）　】  ※特に希望される内容があればご記入ください。 | |

本申込書は開催希望日の約１か月前までに、地域包括支援センターへ

提出をお願いします（窓口受付・郵送・FAXなど可）

・・・・・・・・・・・・・・・・下記は市担当記入欄・・・・・・・・・・・・・・・・

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 取扱担当者 |  | 駐車場 |  |
| 公用車両番号 |  | 決定日連絡 |  |
| 講　　　師 |  | スケジュール入力 |  |
| 付添スタッフ |  |  |  |

**大村市長寿介護課　地域包括支援センター**

〒856-0832　大村市本町４５８番地２（プラットおおむら　2階）

ＴＥＬ　５３－８１４１　　ＦＡＸ　５３－８３４８

