

「認知症サポーター養成講座」開催申込書



年 月 日

下記のとおり、認知症サポーター養成講座の開催を予定しますのでキャラバン・メイトの派遣を要望します。

受講団体	名称	(※)
	予定人数 (所属人数)	受講予定者数 人 / (所属人数 人)
	業種	
	住所	(※)(〒 -)
	連絡先 (電話・FAX)	(※)
担当者	氏名	
	住所 連絡先(電話・FAX)	(〒 -) ※上記と別の場合のみ記載 ()
希望日時	第一希望	年 月 日() : ~ :
	第二希望	年 月 日() : ~ :
	第三希望	年 月 日() : ~ :
会場	会場名	
	住所	
	備品	DVDデッキ : 有 / 無 スクリーン : 有 / 無 パソコン : 有 / 無 プロジェクター : 有 / 無
講師駐車場	有 / 無	
ホームページ等への掲載	希望する / 希望しない 太枠で(※)の部分を掲載する予定	
その他		
事務局で記載欄	交付日(. .) / その他()	

※講師の調整上、開催希望の1ヵ月半前には提出をお願いします

※メイトのスキルアップのため他のメイトの講座を聴講に行く場合があります。ご了承ください。

事務局: 焼津市 健康福祉部 地域包括ケア推進課 地域包括ケア推進担当
 電話 626-1219 ・ Fax 621-0034
 Email: choju@city.yaizu.lg.jp