日進市認知症サポーター養成講座申込書

　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　**受付）**□地域福祉課（受付者　　　　　　　　　　）

　□地域包括支援センター

（□中部　□東部　□西部　受付者　　　　）

1. 団体（個人）名　：
2. 連　絡　先：氏名（ふりがな）

住所

電話番号　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

1. 会場の用意：あり（　　　　　　　　　　　　　　　）・なし（相談希望　あり・なし）

1. 使用可能な機材　　□パソコン（パワーポイント　あり・なし）

□プロジェクター　□スクリーン　□マイク

1. 希望日時

第1希望　　　　月　　　日（　　）　　　時　　分から　　　時　　分まで

第2希望　　　　月　　　日（　　）　　　時　　分から　　　時　　分まで

第3希望　　　　月　　　日（　　）　　　時　　分から　　　時　　分まで

1. 参加予定人数　　　　　　　　　　　　人

※市または包括が記入

■開催日　　　　　月　　　日（　　）　　　時　　分から　　　時　　分

■実施者　　□地域福祉課　　□地域包括支援センター（□中部　□東部　□西部）

■準　備　　□テキスト・リング　　　　　組

□ＰＣ　□プロジェクター　□スクリーン　□マイク