認知症サポーター養成講座開催申込書

<table>
<tr><td colspan="2">提出日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="4">実施団体</td><td>団体名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>担当部署</td><td></td><td>予定人数</td><td></td></tr>
<tr><td>担当者名</td><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>E-mail</td><td></td><td>FAX 番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">参加者
該当する番号に○を付けてください。また、（　）には具体的に記入してください。</td><td colspan="3">1　住民
2　企業・職域団体
（業種　　）
3　学校［小学校・中学校・高校・その他（　　）］
①　教職員　　②　児童・生徒
4　その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">日時</td><td>第１希望</td><td colspan="2">年　月　日（　）
時　分から　時　分まで</td><td rowspan="2">講座の時間は、60～90 分です。時間設定については、相談させていただきます。</td></tr>
<tr><td>第２希望</td><td colspan="2">年　月　日（　）
時　分から　時　分まで</td></tr>
<tr><td rowspan="3">開催場所</td><td>会場名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>設備
使用可能なものにチェック</td><td colspan="3">□　DVD プレイヤー　　□　マイク
□　プロジェクター　　□　スクリーン</td></tr>
<tr><td colspan="2">講師
【キャラバン・メイト】</td><td colspan="3">□　調整済み　　□　未調整
【講師名：　　】　　(市で調整)</td></tr>
<tr><td colspan="2">その他
受講者の構成や、講座の目的等をご記入ください</td><td colspan="3"></td></tr>
</table>

提出先：枕崎市　長寿介護課　高齢者介護保険係

〒898-8501 枕崎市千代田町 27 番地

TEL　0993-76-1195　　FAX　0993-72-1656

実施希望日の 40 日前までにお申し込みください。

講座の詳細等については、枕崎市キャラバン・メイト連絡会【事務局　市地域包括支援センター　☎ 73-5131】から連絡いたします。