

## 認知症サポーター養成講座 申込書

年 月 日

認知症サポーター養成講座を受講したいので、次のとおり申し込みます。

団体・企業名			
代表者氏名		担当者氏名	
決定通知書 送付先住所	〒	連絡先 電話番号	
開催場所〔住所〕	〔住 所〕		
ご希望の日時	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	
参加予定者	一般市民・従業員・その他 ( )	人数	人
DVD等再生環境の有無	ご準備できるものに丸をつけてください。 テレビ ・ DVDプレーヤー ・ ビデオデッキ パソコン ・ プロジェクター スクリーン (もしくはスクリーンサイズの白い壁)		
キャラバン・メイト (講師) の希望 がありますか	有 ・ 無	ご希望がある場合はメイトのお名前を ご記入ください〔 様〕	
ステッカー交付 希望の有無	企業・団体、公共サービス 関連団体、事業所等を対象	有 ・ 無	ご希望の場合は、別途、申請書の提出をお願いします。

日時・内容等詳細については、後日担当よりご連絡させていただきます。

本庄市記入欄 (記入しないでください。)

キャラバン・メイト			
DVD等再生環境			
決定日時	年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分		
企 業	ステッカー交付	有 ・ 無	
調整担当者		担当包括	

【お問い合わせ先：本庄市役所 高齢者福祉課 電話 25-1722】