認知症サポーター養成講座申込書

申込日：令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 団体区分当てはまるものに〇 | １）住民　　2）企業・職域団体　　3）学校（生徒・親・教師）４）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 参加人数（予定） | 人 |
| 担当者連絡先 | 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
| 電話番号 |  |
| 希望日時 | 第１希望 | 令和　　年　 月 　 日（ 　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 第２希望 | 令和　　年　 月 　日（ 　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 会場 | 名　　称 |  |
| 住　　所 |  |
| 受講希望理由（開催の目的） |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 注意事項 | * ５名以上のグループでお申し込みください。
* 会場は各団体でご用意ください。
* 開催希望日の１か月前までにお申込みください。お申込み後、お打ち合わせを行います。都合により、ご希望の日程を調整させていただくことがありますので、ご了承ください。
 |

【申し込み・問い合わせ先】

　　担当／北上市長寿介護課包括支援係

　　住所／〒024-8501北上市芳町1-1　　電話／72-8221　　FAX／64-0287