

認知症サポーター養成講座 出前講座申込書

太枠内に必要事項を記入してください。

申込日 年 月 日

| | | | |
|--|--|---|--------|
| 申込者氏名 もしくは 申込団体名 | | | |
| 住所・所在地 | | | |
| 連絡先 | 電話 | | FAX |
| 代表者氏名 | | | E-mail |
| 開催希望日時 | 令和 年 月 日 () 時 分から 時 分まで | | |
| 開催希望場所 | 名称 | | |
| | 所在地 | | |
| | 設備 | <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> マイク <input type="checkbox"/> その他 () | |
| 受講対象者区分 該当する番号に○を 付けてください。また () 内には具体的 に記入ください。 | 1 住民 2 企業・職域団体 (業種) 3 学校 [小学校・中学校・高等学校・その他 ()] (学年 年) 4 その他 () 5 介護保険サービス事業者 (受講希望理由・団体の活動内容) ※講座内容のアレンジなどの参考にさせていただきます。 | | |
| 受講予定者数 | 名 (男性 名、女性 名) | | |

※上記の個人情報は、本講座開催のためにだけ用い、他の用途には用いません。

注1) 準備の都合により、**開催日の40日前まで** (当課必着) に申し込みください。

注2) FAXもしくはメールにて申し込んだ翌日から1週間たっても当課から連絡がない場合には、お手数ですが当課 (大分市長寿福祉課権利擁護担当班 097-537-5771 祝日を除く月~金 午前8時30分~午後5時15分) までご連絡ください。

| | | | |
|-----------|---------------|---------------|--|
| 当課 確認日 | 令和 年 月 日 | 担当キャラバン・メイト | |
| 可・否 | 通知: 令和 年 月 日 | 特記事項 | |
| 計画No. | 計画書: 令和 年 月 日 | 報告書: 令和 年 月 日 | |