

稲沢市介護予防事業「認知症予防出張講座」 申込書

実施団体	団体名			
	代表者名 (連絡窓口)			
	住所	稲沢市		
	電話番号 (平日昼間につながりやすい番号)	FAX 番号		
日 時 ※1	第1希望	年 月 日 (曜日)	: ~	:
	第2希望	年 月 日 (曜日)	: ~	:
開催場所 ※2	会場名			
	所在地	稲沢市		
	電話番号			
	設備	<input type="checkbox"/> ホワイトボード <input type="checkbox"/> 黒板 <input type="checkbox"/> マイク <input type="checkbox"/> 和室 <input type="checkbox"/> 洋室		
受講予定人数 (10名~50人迄)	人	(※ 人との間隔をできるだけ2m(最低1m)空けられる人数)		
その他 (参考のため、受講者の概要等を記載してください)	※月をかえて実施できますか はい・いいえ			

注意事項

※1 ご希望の日時は、下記の開催期間・時間をご確認の上、第2希望日までご記入ください。

開催期間：令和3年2月26日までの平日

時 間：午前9時30分から午後5時までの90分間程度

昨年度は申込み日程が重なり、講師と相談し日程調整させていただきました。

ご希望に添えないこともありますのでご理解いただきますようお願いいたします。

※2 市民の皆さんの主催する催しに講師が伺いますので、会場の手配等については申込者側で調整をお願いいたします

※3 新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、開催中止になる場合があります。

申込書提出先

稲沢市役所高齢介護課 高齢福祉グループ 電話0587-32-1293 (ダイヤルイン)

※FAXでも提出いただけます (FAX 0587-32-1219)