

稲沢市一般介護予防事業「認知症予防出張講座」 申込書

|                                 |                          |   |     |   |
|---------------------------------|--------------------------|---|-----|---|
| 実施団体                            | 団体名                      |   |     |   |
|                                 | 代表者名<br>(連絡窓口)           |   |     |   |
|                                 | 住所                       | 稲沢市   |     |   |
|                                 | 電話番号<br>(平日昼間につながりやすい番号) | FAX<br>番号   |     |   |
| 日 時<br>※1                       | 第1希望                     | 年 月 日 ( 曜日)   | : ~ | : |
|                                 | 第2希望                     | 年 月 日 ( 曜日)   | : ~ | : |
| 開催場所<br>※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<br>(10名~50人迄) ※3         |                          | 人   |     |   |
| その他<br>(参考のため、受講者の概要等を記載してください) |                          | <b>※月をかえて実施できますか はい・いいえ</b>   |     |   |

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、

**太枠内に必ず第2希望日までご記入ください。**

開催期間：翌年2月末までの平日

時 間：午前9時30分から午後5時までの90分間程度

申込み日程が重なった場合、講師と相談し日程調整させていただきます。

ご希望に添えない場合もありますので、あらかじめご了承ください。

※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 人との間隔をできるだけ2m(最低1m)空けられる人数でお願いします。

申込書提出先

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

※FAXでも提出いただけます (FAX 0587-32-8911)