

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 (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			
	駐車場(講師用)	有(場所: )・無		
設備 ○をつけてください。	黒板もしくはホワイトボード	→ 有 ・ 無		
	床	→ ( 畳 ・ 畳以外)	長机	→ ( 有 ・ 無 )
	椅子	→ ( 有 ・ 無 )	マイク	→ ( 有 ・ 無 )
受講予定人数 ※3	人			
その他 (参考のため、受講者の概要等を記載してください)				

【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：7月から翌年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

~~~~~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 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 当日の参加人数が予定人数より **5名以上**の増減がある場合は、ご連絡ください。

【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)

FAX0587-32-8911

(市記入) 会場の位置確認 講師の連絡 通知文送付