

申込日 令和 年 月 日

「学ぼう！認知症とその対応（稲沢市認知症サポーター養成講座）」開催申込書

| | | | | |
|--|----------------|--|--------|---|
| 実施団体 | 団体名 | | | |
| | 代表者名 (連絡窓口) | | | |
| | 住所 | | | |
| | 電話番号 | | FAX 番号 | |
| | e-mail | | | |
| 日時 | 第1希望 | 令和 年 月 日 (曜日) | : ~ | : |
| | 第2希望 | 令和 年 月 日 (曜日) | : ~ | : |
| 開催場所 (会場は申込者で確保 願います) | 会場名 | | | |
| | 所在地 | 稲沢市 | | |
| | 電話番号 | | | |
| | 設備 | <input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> パソコン | | |
| 受講予定人数 (10名以上) | 人 | | | |
| その他 (講師が講座内容をアレンジする際や、市が講師を選定する際の参考としますので、受講者の概要等を記載してください) | | | | |

- 1 開催日の60日前までに提出してください。
- 2 開催時間は平日の午前9時～午後4時の間とさせていただきます。(90分程度)
- 3 市民の皆さんの主催する催しに講師(キャラバン・メイト)が伺いますので、会場の手配等については主催者側で調整をお願いいたします。

申請書提出および問合せ先：基幹型地域包括支援センター

TEL 0587-22-6077 FAX 0587-33-4666

メールアドレス ina-houkatsu@inazawa-shakyo.or.jp

[担当者処理欄] この欄は記入しないでください。

| | | | |
|----|----------------|-----|---|
| 日時 | 令和 年 月 日 (曜日) | : ~ | : |
| 講師 | | | |