

申込日 令和 年 月 日

認知症キッズサポーター養成講座開催申込書

団体・学校	団体・学校名				
	担当者名 (連絡窓口)				
	所在地	稲沢市			
	電話番号		FAX 番号		
	Eメール				
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	会場名				
	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			
受講者	対象 (学年等)				
	予定人数	人			
その他 (受講日の概要やご要望等を記載ください) *記入例 〇〇の授業の中で開催する					

<留意事項>

- 1 開催日の60日前までに提出してください。
- 2 実施時間は9時~16時でお願いします。難しい場合は、ご相談に応じます。

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				