

認知症サポーター養成講座開催申込書

提出日		年 月 日					
実施団体	団体名						
	担当部署				予定人数		
	担当者名				電話番号		
	E-mail				FAX 番号		
参加者 該当する番号に○を付けてください。また、()には具体的に記入してください。		1 住民 2 企業・職域団体（業種 _____） 3 学校 [小学校・中学校・高校・その他（_____）] ① 教職員 ② 児童・生徒 4 その他（_____）					
日時	第１希望	年 月 日（ ） 時 分から 時 分まで				講座の時間は、60～90 分です。 時間設定については、相談させていただきます。	
	第２希望	年 月 日（ ） 時 分から 時 分まで					
開催場所	会場名						
	所在地						
	設備 使用可能なものにチェック	☐ DVD プレイヤー		☐ マイク			
		☐ プロジェクター		☐ スクリーン			
講師 【キャラバン・メイト】		☐ 調整済み ☐ 未調整 【講師名： _____ 】 （市で調整）					
その他 受講者の構成や、講座の目的等をご記入ください。							

提出先：枕崎市 福祉課 高齢者介護保険係

〒898-8501 枕崎市千代田町 27 番地

TEL 0993-76-1195 FAX 0993-72-1656

実施希望日の 40 日前までにお申し込みください。

講座の詳細等については、枕崎市キャラバン・メイト連絡会【事務局 市地域包括支援センター ☎ 73-5131】から連絡いたします。