認知症サポーター養成講座　受講申込書

※の項目は必須です。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望日時※ | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　曜日）  午前・午後　　　　時　　　分　～　　　時　　　分 | | | |
| 受講団体 | 団体名 |  | | |
| 担当者名※ |  | | |
| 電話番号※ |  | FAX番号 |  |
| e-mail |  | | |
| 開催場所※ | 会場名 |  | | |
| 所在地 | 三郷市 | | |
| 設備 | □ＤＶＤ　　□プロジェクター　□スクリーン  □パソコン　□その他（　　　　　　　　） | | |
| 受講予定人数※ | | 人 | | |
| 一般参加の可否 | | □可　　□否  可とした場合、「一般市民の方の個人参加が可能なサポーター養成講座」として、講座の開催情報を三郷市ホームページで公開します。 | | |
| その他 | （どのようなかたが対象か、また、どのような事を主に知りたいか。） | | | |

（提出先）

　〒341-8501　福祉部長寿いきがい課地域包括係

　　　　　　　FAX：０４８－９５３－７８８１

（注意事項）

　・受講申込書は開催希望日の45日前までに提出してください。

　・会場の手配は受講団体でお願いします。