

認知症サポーター養成講座 出前講座申込書

太枠内に必要事項を記入してください。

申込日 年 月 日

申込団体名			代表者氏名	
担当者氏名			電話	
開催希望日時	平成	年	月	日 ( ) 時 分から 時 分まで
(第二希望あれば)	平成	年	月	日 ( ) 時 分から 時 分まで
開催場所 (名称)				
開催場所 (住所)				
開催場所 (電話)				
開催場所の備品	スクリーン	【 有 ・ 無	プロジェクター	【 有 ・ 無 】
	ノートパソコン	【 有 (DVD読込 可 ・ 不可 ) ・ 無		】
受講予定者数	名			
受講対象者区分	1 市民 (団体種類			
	2 学校 (小学校 ・ 中学校 ・ 高等学校 ・ 大学 ・ その他(			
	3 企業 職域団体(業種 )			
	4 その他 ( )			
講師 (キャラバンメイト)	決まっている (氏名 ) (所属 )			
	決まっていない			
ステッカーについて 「認知症サポーターがいます」	【 必要 ( 枚) ・ 不要 】			
一般市民の参加	【 可 ・ 不可 】			
備考				

事務局： 佐野市役所 いきいき高齢課

〒327-8501 佐野市高砂町1番地

TEL (0283) 20 - 3021 FAX (0283) 21- 3254