認知症サポーター養成講座開催申込書

申込日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講団体・ｸﾞﾙｰﾌﾟ名等 | 団体名 |  |
| 担当者名 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 受講者区分（該当する番号に〇をつけてください） | １　住民２　企業・職域団体（業種：　　　　　　　　　　　　　　）３　学校　　（小学校・中学校・高等学校・専門学校・大学）４　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受講予定者数 | 約　　　　　　人 |
| 開催日時 | 第１希望：　　　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 第２希望：　　　　年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 開催場所 | 会場名：所在地：高岡市 |
| 設備（準備可能な機器があれば〇をつけてください。）スクリーン ・ プロジェクター ・ マイク ・ パソコン ・ テレビ ・DVDプレーヤー |
| 備考 | 併せて開催される行事や、聞きたい内容等があればご記入ください |

1. 開催日時については、後日担当からご連絡いたします。
2. 開催時間は、90分程度を予定しています。

（※90分程度の時間の確保ができない場合は、ご相談ください）

1. 準備の都合により、開催日の1か月前までに申込書を提出してください。

（※1か月前までに提出できない場合でも都合がつけば開催いたします。ご相談ください）