

(様式1)

認知症サポーター養成講座 出前講座申込書

申込日 年 月 日

太枠内に必要事項を記入してください。

申込者氏名もしくは申込団体名		
住所・所在地		
電話番号	* 日中連絡がつく番号を記入してください。	
代表者氏名	* 申込者と同じであれば記載は不要です。	
開催希望日時 * 必ず第二希望まで記入してください。	第一希望 平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
	第二希望 平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	
開催希望場所	名称	
	所在地	上里町大字
	VTR を流すため、DVD デッキが必要になります。会場にはありますか? (ある・ない)	
受講対象者	1 住民	
	2 企業・職域団体 (業種)	
	3 学校 (小学校、中学校 * 学年 年生)	
	(受講希望理由・団体の活動内容)	
受講予定者数 * 10名以上で計画をしてください。	名 (男性 名 女性 名)	

* 上記の個人情報は本講座開催のためだけに用い、他の用途には用いません。

* お申込内容を確認するために、ご連絡をすることがあります。

* 上記内容で開講が決定された場合には後日お知らせを送付いたします。

【お申込み・お問合せ先】

上里町高齢者いきいき課 地域包括支援係

上里町大字七本木5518

電話 : 35-1243

ファクシミリ : 33-2429