

認知症キャラバン・メイト派遣申込書

年 月 日

(あて先) 長寿課長

下記のとおり講座の申し込みをします。

講座名		①認知症サポーター養成講座 ②認知症キッズサポーター養成講座	
団体名			
代表者			
住所		〒	
連絡先		電話	— —
		FAX	— —
		メールアドレス	
打合せ担当者		氏名	電話 — — FAX — —
受講予定人数		名	
希望日時	第1希望	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()	
	第2希望	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()	
予定会場 (会場は、申込者で確保願います)		会場名	電話 —
		所在地	
会場設備		・ 講師用駐車場 (有 ・ 無) ・ ノートパソコン (有 ・ 無) ・ プロジェクター (有 ・ 無) ・ DVDプレーヤー (有 ・ 無) ・ スクリーン※白い壁で代替可 (有 ・ 無)	
申込経緯・講座受講で望むこと			
受講の証 (オレンジリング)		希望する (有償) ・ 希望しない (全受講者にサポーターカードを配布します (無償))	
備考		≪配慮が必要な点があれば、こちらにご記入ください≫ 	
講座を受講した団体として、写真や団体名をホームページや広報誌等に掲載することに		☐ 同意します ・ ☐ 同意しません	

お問合せ先 日南市役所長寿課高齢者あんしん係 電話 31-1162