

「認知症サポーター養成講座」 開催申込書

提出日: 年 月 日

実施主体者	グループ名/機関・団体・企業名/学校名	部署名	担当者名
	TEL:		FAX:
	E-Mail:		
	住 所: 〒		

※資料の送付先が異なる場合は、送付先も別途記入。

〈開催計画〉

開催希望日時	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分	受講予定者数 人
主な受講者	1. 住民 2. 企業・職域 3. 学校 4. 行政 5. 介護サービス 6. その他()	
開催予定場所	名称	住所
		〒
講師 (キャラバン・メイト)	1. 調整済み 2. 未調整(市で調整)	講師名・キャラバンメイトID: 講師名・キャラバンメイトID: 講師名・キャラバンメイトID: 講師名・キャラバンメイトID:
使用教材	☐ 標準教材 ☐ キャンペーンDVD ☐ 配布資料(独自) ※使用する教材に☑して下さい。	
その他 特記事項		

	内 容	時間配分
講座の構成	○	: ~ : (分)
	○	: ~ : (分)
	○	: ~ : (分)
	○	: ~ : (分)
	○	: ~ : (分)

●申し込みにあたって●

1. 本表は開催希望日の30日前までに宜野湾市介護長寿課へご提出ください。(FAX、メール可)
※太枠内の必要事項及び提出日の記入をお願いします
2. 講師の都合等により、開催日時等のご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承下さい。

【提出先】

宜野湾市 介護長寿課

長寿支援係 宜野湾市認知症キャラバン・メイト事務局

〒901-2710 宜野湾市野嵩1-1-1

TEL:098-893-4411 FAX:098-896-2031 E-mail: Fukusi07@city.ginowan.okinawa.jp