

認知症キャラバン・メイト派遣申込書

年 月 日

燕市長 様

下記のとおり講座の申込みをします。

講座名		認知症サポーター養成講座	
団体名			
代表者			
住 所		〒	
連絡先		電 話	
		メール	
打合せ担当者		氏名	電話
			メール
受講予定人数		名	
希望日時	第1希望	年 月 日 (時 分 ~ 時 分)	
	第2希望	年 月 日 (時 分 ~ 時 分)	
予定会場 (申込者で確保してください)		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) ・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			
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への掲載することについて			同意します ・ 同意しません

開催を希望する1か月前までにお申し込みください

【問合せ】

燕市 長寿福祉課 地域支援相談チーム
電話:77-8157