

認知症サポーター養成講座開催申込書

※の項目は必須です。

実施団体名	団体名※			
	担当部署			
	担当者※			
	電話番号※		FAX 番号	
	e-mail			
日時※	平成 年 月 日 (曜日) : ~ :			
開催場所※	会場名			
	所在地			
	設備	<input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> パソコン		
受講予定人数※		人		
その他				

- 1 市内在住、在勤、在学の人を10人程度以上参加者として集めることができれば、どなたでも開催することができます。
- 2 開催日の45日前までに、郵送またはFAX、E-mailで提出してください。
- 3 お申し込み・お問い合わせ
 - ・日高市 長寿いきがい課 高齢者支援担当
 - 郵送：〒350-1292 日高市大字南平沢1020
 - FAX：042-985-4444 電話：042-989-2111
 - E-mail：Link@city.hidaka.lg.jp (代表アドレス)
- 4 後日、市の担当者から連絡をします。

認知症サポーター養成講座開催申込書（記載例）

※の項目は必須です。

実施団体	団体名※	〇〇〇区自治会		
	担当部署			
	担当者※	〇〇〇 〇〇		
	電話番号※	〇〇〇-〇〇〇〇	FAX 番号	〇〇〇-〇〇〇〇
	E-mail	〇〇〇〇_〇〇@〇〇〇〇.〇〇〇〇.com		
日時※	平成〇〇年 〇月 〇日（〇曜日） 13：30～15：00			
開催場所※	会場名	〇〇〇〇〇〇区公会堂		
	所在地	日高市 〇〇 〇〇-〇〇		
	設備	<input checked="" type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> パソコン		
受講予定人数※		〇〇 人		
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自治会研修の一環として実施。 ・ 受講生は、地域の自治会役員。 ・ 地域での防犯活動や見守り活動をしている。 ・ 。 <p style="text-align: right;">など</p> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>キャラバン・メイト（講師）が、講座内容をアレンジする際や、市がキャラバン・メイトを選定する際の参考としますので、講座の位置づけや、受講生の特性などを記載してください。</p> </div>			

- 1 市内在住、在勤、在学の人を10人程度以上参加者として集めることができれば、どなたでも開催することができます。
- 2 開催日の45日前までに、郵送またはFAX、E-mailで提出してください。
- 3 お申し込み・お問い合わせ
 - ・ 日高市 長寿いきがい課 高齢者支援担当
 - 郵送：〒350-1292 日高市大字南平沢1020
 - FAX：042-985-4444 電話：042-989-2111
 - E-mail：Link@city.hidaka.lg.jp（代表アドレス）
- 4 後日、市の担当者から連絡をします。