

認知症サポーター養成講座開催申込書

吉川市長寿支援課長あて

(吉川市キャラバン・メイト事務局)

申込日 年 月 日

実施団体	団体名※			
	所在地 (または代表者の住所)			
	フリガナ			
	担当者氏名※			
	電話番号※		FAX 番号	
	e-mail			
希望日時	第1希望※	令和 年 月 日 ( 曜日 )	: ~	:
	第2希望※	令和 年 月 日 ( 曜日 )	: ~	:
	第3希望※	令和 年 月 日 ( 曜日 )	: ~	:
開催場所	会場名※			
	所在地※	吉川市		
	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		
講座に関する希望				
打合せ 希望日時	第1希望	令和 年 月 日 ( 曜日 )	: ~	:
	第2希望	令和 年 月 日 ( 曜日 )	: ~	:
その他				

記入上の注意

- ※印は、記入必須項目です。
- 「その他」欄には、受講者の年齢や性別など、団体の構成をご記入ください。  
講師（キャラバン・メイト）が講座の内容をアレンジする際に参考にさせていただきます。

提出について

- 開催日の2カ月前までに提出してください。後日、担当者の方に事務局から開催日や打ち合わせについて連絡をします。
- 提出先 〒342-8501 吉川市きよみ野一丁目1番地 吉川市役所 長寿支援課 高齢福祉係  
電話：048-982-5118（直通） FAX：048-981-5392