

「認知症サポーター養成講座」 申込書

太枠内に必要事項を記入してください。

申込日 令和 年 月 日

申込者氏名 申込団体名				
住所・所在地				
連絡先	電話		FAX	
担当者氏名			E-mail	
開催希望日時	令和 年 月 日 () 時 分 から 時 分まで			
開催場所 および 利用可能機材	名称 (所在地)			
	機材	マイク 【 有 無 】 スクリーン 【 有 無 】 プロジェクター 【 有 (音声出力 可 不可) 無 】 ノートパソコン 【 有 (DVD読込 可 不可) 無 】 その他 【 】		
受講対象者区分 該当する番号に○を付けてください。また()内には具体的に記入してください。	1 町民 2 区会 3 企業・職域団体 (業種) 4 学校 [小学校・中学校・高等学校・大学・その他 ()] (学年 年) 5 その他 (民生委員・福祉委員・その他)			
受講予定者数	名			

※上記の個人情報は、本講座開催のためにだけ用い、他の用途には使いません。

注1) 希望にそえない場合がありますので、申込前にご相談願います。

注2) 準備の都合により、開催日の30日前までに申し込みください。

(送付先) 揖斐川町社会福祉協議会 揖斐川支所

〒501-0603 揖斐川町上南方 193

TEL 0585-23-0411 FAX 0585-23-1678