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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施者・  団体等 | | 団体等名※ |  | | |
| **担当者等※** | 部署等（団体の場合） |  | |
| 担当者名 |  | |
| **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 | 尾張旭市　　　　　　町 | | |
| 設備 | □ビデオ　　□ＤＶＤ　　□プロジェクター | | |
| **受講予定人数※** | | | 人 | | |
| その他 |  | | | | |

１　開催日の３０日前までに提出してください。

２　提出先　〒488-0074　尾張旭市新居町明才切５７番地

尾張旭市地域包括支援センター　（サポーター講座担当）

　　　　　　　　　　　　FAX：０５６１－５１－１８８０

３　後日、担当から連絡をします。

尾張旭市記載欄（記入しないでください）

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |

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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施者・  団体等 | | 団体等名※ | ○○町内会 | | |
| **担当者等※** | 部署（団体の場合） |  | |
| 担当者名 | 尾張　一郎 | |
| **電話番号※** | ５３－１２３４ | FAX番号 | ５３－１２３４ |
| e-mail |  | | |
| **日時※** | | 平成　２８　年　７　月　７　日（　火　曜日）１３：３０　~　１５：００ | | | |
| **開催場所※** | | 会場名 | ○○集会所 | | |
| 所在地 | 尾張旭市　○○　町　　△△ | | |
| 設備 | ■ビデオ　　□ＤＶＤ　　□プロジェクター | | |
| **受講予定人数※** | | | １５　　　　人 | | |
| その他 | * ○○町の住民を中心に実施。 * 現時点で町内に認知症の人はいないが、当地区は、世帯数７０世帯のうち20世帯強に高齢者がおり、今後も高齢化が進むと思われる。   講師が、講座内容をアレンジする際や、講師を選定する際の参考としますので、講座の位置づけや、受講者の特性などを記載してください。 | | | | |

１　開催日の３０日前までに提出してください。

２　提出先　〒488-0074　尾張旭市新居町明才切５７番地

尾張旭市地域包括支援センター　（サポーター講座担当）

　　　　　　　　　　　　FAX：０５６１－５１－１８８０

３　後日、担当から連絡をします。

尾張旭市記載欄（記入しないでください）

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |