

(送付先) 大田市地域包括支援センター

〒694-0064 大田市大田町大田イ128番地

TEL 0854-83-7766 FAX 0854-83-7767

認知症サポーター養成 出前講座申込書

太枠内に必要事項を記入してください。

申込日 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	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 】	
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ください。	1. 地域の集まり・団体 2. 民生委員 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 ()		
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、他の用途には用いません。

注) 日程調整等のため、開催日の1か月前までに申し込みください。