

認知症サポーター養成講座開催希望用紙

申込日 令和 年 月 日

実施団体	団体名			
	代表者名			
	団体概要			
	電話番号		FAX番号	
受講対象者				
希望日時	第一希望	令和	年	月 () 時間帯 : ~ :
	第二希望	令和	年	月 () 時間帯 : ~ :
	第三希望	令和	年	月 () 時間帯 : ~ :
	第四希望	令和	年	月 () 時間帯 : ~ :
開催予定 場 所	名 称			
	住 所			
設 備	プロジェクター・ビデオ・DVD 機器・マイク・テレビ・ その他 () ※○をつけてください			
受講予定 人 数	人			
その他 (ご希望等がありましたらご記入ください)				
講座を実施したいと思った理由 などをお聞かせください				
担 当 者 連 絡 先	担当者名	(企業等の場合：部署名)		
	連絡先			

上記の個人情報は、本講座開催のためだけに用い、他の用途には用いません。

- 注意事項
- 1) 希望日時の1カ月前には提出してください。
 - 2) ご希望日時の調整は、事務局で行います。年間での講座開催回数等に制限があり、ご希望に添えない場合もありますので、ご了承ください。
 - 3) この講座は、おひとり1回の受講となりますので、同じ方が受講することはご遠慮ください。

東久留米市 介護福祉課 地域ケア係 電話 470-7777 (内線2502) FAX 470-7808
