

認知症サポーター養成講座 講座申込書

令和 年 月 日

西宮市社会福祉協議会 事務局長 様

下記のとおり認知症サポーター養成講座の申し込みをします。

団 体 名				
代 表 者				
住 所	〒 -			
電 話				
希 望 日 時	第1希望	年 月 日()	時 分～	時 分
	第2希望	年 月 日()	時 分～	時 分
予 定 会 場 (会場は、申込者 で確保願います。)	会場名:	電話:	- -	
	所在地:	ビデオ・DVD 使用 (ビデオ可 ・ DVD 可 ・ 不可)		
		プロジェクター (有 ・ 無) PC (有 ・ 無)		
		スクリーン (有 ・ 無)		
参加予定人数	人(うち、男 人、女 人)			
参加予定者の年齢層	代 ~ 代 (※わかる範囲でご記入ください。)			
打合せ担当者	氏名	電話	- -	
		FAX	- -	
受講対象者	1.市民 (団体:) 2.企業・職種団体 (業種:) 3.学校 [小学校・中学校・高等学校・大学・その他()] (学年 ____ 年) 4.その他()			
認知症の方への対応 などで困ったこと。				
講座に関する希望				