

(申込先) 帯広市 市民福祉部 地域福祉室 地域福祉課 地域包括ケア係
 住所 〒080-8670 帯広市西5条南7丁目1番地
 FAX 0155-23-0158
 E-mail social_welfare@city.obihiro.hokkaido.jp

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 年 月 日

申込団体名			
申込者氏名 連絡先	氏名		電話
	FAX		E-mail
開催希望日時	第1希望: 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 第2希望: 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
開催場所	名称: 所在地:	受講 予定者数	名
受講対象者区分 <small>該当する番号に○を付けてください。 また()内には具体的にご記入ください。</small>	1 市民 2 民生委員、町内会、地域の団体 (名称) 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 介護サービス事業所 6 その他 ()		
利用可能機材	スクリーン (あり ・ なし)		
	プロジェクター (あり ・ なし) ※ありの場合、音声出力 (可 ・ 不可)		
ステッカーの希望	(あり ・ なし) ※ステッカー: A4 サイズで事業所の窓口や受付に貼付できます。1団体1枚まで。		
備考			

○上記の個人情報は、本講座開催のためにのみ使用します。

○準備の都合により、**開催希望日のおおよそ1ヶ月前まで**にお申込みください。

また、希望に添えない場合がありますので申込み時にご相談願います。

○本講座の開催周知のため、開催した団体名について、市のホームページや周知物などに掲載することがありますので、ご了承ください。

