

日進市認知症サポーター養成講座申込書

年 月 日

受付) 介護福祉課 (受付者)
地域包括支援センター
(中部 東部 西部 受付者)

① 団体 (個人) 名 :

② 連絡先: 氏名 (ふりがな)

住所

電話番号

FAX番号

③ 会場の用意: あり () ・ なし (相談希望 あり・なし)

④ 使用可能な機材 パソコン (パワーポイント あり・なし)
プロジェクター スクリーン マイク

⑤ 希望日時

第1希望 月 日 () 時 分から 時 分まで

第2希望 月 日 () 時 分から 時 分まで

第3希望 月 日 () 時 分から 時 分まで

⑥ 参加予定人数 _____人

※市または包括が記入

■開催日 月 日 () 時 分から 時 分

■実施者 介護福祉課 地域包括支援センター (中部 東部 西部)

■準備 テキスト・オレンジリング _____組
PC プロジェクター スクリーン マイク