**認知症サポーター養成講座申込書**

　　年　　月　　日

地域包括支援センター相談支援室　あて

　　　　　　　　　　　　　申込者（代表者）

　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　氏　名

　　　　　　　　連絡先

認知症サポーター養成講座を受講したいので、次のとおり申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 団　体　名 |  |
| 参加予定人数　　 | 　　　　　　　人 |
| 日　　時 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　）時　　　分　～　　　　時　　　分※講座は、原則１時間３０分となります。※業務の都合により、希望日時に添えない場合もありますので、ご了承ください。 |
| 開催場所 |  |
| 床面の形態：　畳　・じゅうたん　・フローリング受講状態：【　いす　】　あり　・　なし　　　　　：【　 机　 】受講者の前に机が　ある・ない |
| 備　　考 |  |

**【申し込み先】　伊賀市地域包括支援センター　相談支援室**

**電話：２６－１５２１　　FAX：２４－７５１１**