**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長　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。※平日昼間以外で希望する場合は事前にご相談ください。 |
| 開催場所 | 【会場名】 |
| 【設備】使用できるものにチェックをしてください□テレビ（パソコン接続可のもの）　□プロジェクター□スクリーン（または白い壁など）　□机　　□椅子□ホワイトボード　　□いずれもない・わからない |
| 　　備　　考 |  |

**【申し込み先】　伊賀市地域包括支援センター**

**電話：２６－１５２１　　FAX：２４－７５１１**

**メールアドレス：houkatsu-shien@city.iga.lg.jp**