

見本



認知症サポーター養成講座申込書

令和〇〇年〇月〇日

(宛先) 座間市長寿支援課長

団体名 〇〇会社座間営業所

代表者(担当者)住所 座間市緑ヶ丘〇—〇—〇

〇〇ビル〇号

氏名 〇〇 〇〇〇

電話 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇

詳細の打ち合わせで
必要となりますので
必ずご記入ください

講座の時間は
約1時間~1時間半です

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。

希望日時	第1希望 平成〇〇年 〇月 〇〇日(〇) <input checked="" type="radio"/> 午前 ・ 午後 第2希望 平成〇〇年 〇月 〇〇日(〇) 午前 ・ <input checked="" type="radio"/> 午後
会場	会場名 〇〇会社座間営業所内 会議室 住所 座間市緑ヶ丘〇—〇—〇 〇〇ビル〇号 ※予定会場をご記入ください。
機材の有無	DVDを再生できる機材がありますか <input checked="" type="radio"/> 有 ・ 無 ※講座でDVDを使用する場合があります。
予定参加人員	11人 ※概ね、10人以上の団体でお申込ください(要相談)
備考	

「無」の場合
機材は担当課で
準備ができます。

※開催時間は、原則として12月29日から1月3日・土日祝日を除く
午前9時から午後5時の間、1時間から1時間半です。



お問合せ・申込み: 座間市長寿支援課
電話: 046-252-7084 FAX: 046-252-8238