**下野市　高齢福祉課 〒329-0492　下野市笹原26番地**

**電話：0285-32-8904 FAX ：0285-32-8602**

**E-mail： koureifukushi@city.shimotsuke.lg.jp**

**認知症サポーター養成講座申込書**

**下野市　認知症サポーター養成講座「受講申込書」**

令和　　　年　　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| **受講団体****（代表者）** | 団体名称　 |
| ふりがな氏名住所： 　　電話： |
| **希望日** | 第１希望 | 令和　　年　　　月　　日（　　）午前　　　時　　分～　　時　　　分　　　　　　　　　　　　　　　　　　午後　　　時　　分～　　時　　　分 |
| 第２希望 | 令和　　年　　　月　　日（　　）午前　　　時　　分～　　時　　　分　　　　　　　　　　　　　　　　　　午後　　　時　　分～　　時　　　分 |
| **会場** | 会場名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　プロジェクター使用　　可・不可 |
| 住所　　　 |
| TEL |
| **区分** | 1. 住民
2. 企業・職域団体（業種：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
3. 学校　小学校・中学校・高校・その他　　　（　　　　　）年

学校関係者（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）1. 行政（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| **予定人数** | 名 |
| **打ち合わせ** | 担当者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話 |
| **備考** |  |

‐--------------------------〈処理欄　以下は記入しないでください〉----------------------

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 実施圏域 |  | 開催計画№　　　 |
| 講師 | メイトID：栃木-　　-　　　　　　　　　氏名　 | 所属：電話： |
| メイトID：栃木-　　-　　　　　　　　　氏名　 | 所属：電話 |
| 提出日 | 計画書　　令和　　 　年　　　　月　　　　日報告書　　令和　 　　年　　　　月　　　　日 | 物品引き渡し日令和　　　年　　　月　　　　日 |

＊この「受信申込書・受講名簿」は、開催4週間前までに事務局に提出ください。