

**【送付先】**

県 長寿いきがい課 行  
 所在地：〒770-8570 徳島市万代町1丁目1番地  
 電話番号：088-621-2305 ファクシミリ：088-621-2840

## 「認知症サポーター養成講座」開催申込書

次のとおり「認知症サポーター養成講座」の開催を申込みます。

### 1 申込者(団体)名

講座のお申し込みされる方の氏名、住所、連絡先を下欄に記入してください。

申込者氏名 (団体名・企業名)	対象者区分 (一つ選択し、○印をつけてください)	住所(所在地)	連絡先
	1.住 民 2.町内会 3.企 業 4.団 体 5.学 校 6.その他		電 話: ファクシミリ:

### 2 開催希望時期・場所

現時点での開催予定時期・場所、受講予定人数、利用可能な機材等を下欄に記入ください。

希望順位	開催希望時期	開催希望場所	受講予定人数	利用可能な機材
第1希望	月 日 ( ) : ~ : :			① DVD再生用パソコン(有・無) ② プロジェクター(有・無) ③ スクリーン(有・無)
第2希望	月 日 ( ) : ~ : :			① DVD再生用パソコン(有・無) ② プロジェクター(有・無) ③ スクリーン(有・無)
第3希望	月 日 ( ) : ~ : :			① DVD再生用パソコン(有・無) ② プロジェクター(有・無) ③ スクリーン(有・無)

※ お申し込みは講座開催予定日の1か月前までに お願いします。

※ 開催希望時期について、講師との日程を調整の上、後日御連絡させていただきます。

※ 受講予定人数は現時点での予定の人数で結構です。講座開催後、受講者数をご報告いただきます。  
 (実績報告の際には、10歳ごとの男女別の人数が必要となります。)

### 3 キャラバン・メイト(講師)の派遣が必要ですか？

必要

必要ない(キャラバン・メイトは決まっている)



キャラバン・メイトの氏名+ID番号(修了証番号)