認知症サポーター養成講座開催申込書

年　　月　　日

（あて先）平群町長

下記のとおり、認知症サポーター養成講座の開催を申し込みます。

太枠内を記入して下さい。

|  |  |
| --- | --- |
| 住　所 | 〒 |
| 団体名 |  |
| 代表者 |  |
| 電　話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  |
| 希望日時 | 第１希望 | 　　年　　月　　日（　　）　　　　時　　分から　　　時　　分まで |
| 第２希望 | 　　年　　月　　日（　　）　　　　時　　分から　　　時　　分まで |
| 開催場所 | 会場名所在地ＤＶＤ使用　　　　　可・不可 |
| 参加予定人数 | 　　　　　人 |
| 備考 |  |

申込方法など

・おおむね10名以上で構成された団体やグループで申し込みしてください。

・時間は原則として平日の午前9時から午後5時までの1時間半程度です。（ご希望により相談に応じます。）

・地区の集会所など、ご指定の会場にお伺いします。会場の準備、企画等は皆様でお願いします。また、会場は町内に限ります。

・開催の2週間前までにお申し込みください。

問い合わせ先：平群町地域包括支援センター（Tel 0745-45-7012）