

# 認知症サポーター養成講座 キャラバン・メイト（講師）派遣申込書

＜申込先＞ はりま総合福祉評価センター 事務局 行き

**FAX 079-287-3200**

太枠の中を記入してください。

年 月 日

住 所	〒		
団 体 名			
代 表 者 名	<small>※代表者様宛に追加研修のお知らせ等を年数回送付させていただくことがあります。 その際、ご担当者様をご希望される場合は、こちらは空白で結構です。</small>		
電 話			
希 望 日 時	第1希望	年 月 日 ( )	時 分 ~ 時 分
	第2希望	年 月 日 ( )	時 分 ~ 時 分
予 定 会 場 (会場は、申込者で 確保願います)	会場名 電 話 所在地 〒  <small>※機材の貸出を希望するものがれば備品に○をつけてください。 ワイヤレスマイク（1本） ・ DVD プレイヤー ・ プロジェクタ [貸出用 DVD（一般編 1枚）は必ず同梱されます]</small>		
講 師 駐 車 場	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (      台)		
参加予定人数	人 (うち、男      人、女      人)		
おもな対象者	1 学校 2 職域（事業所、金融機関等） 3 市民（自治会、民生委員等） <small>※該当する番号を丸で囲んでください。</small>		
打合せ担当者	氏 名	電話 (      )	-
		FAX (      )	-
備 考			

※事務局使用欄

講 師			
備品確認			
テキスト発送	<input type="checkbox"/> メイト	<input type="checkbox"/> 申込み団体 (郵送先	)

--	--	--