**認知症サポーター養成講座　申込書**

　社会福祉法人　宗像市社会福祉協議会　行

☎　0940（37）1300　　FAX　0940（37）1393 　　E-mail：info@syakyo.munakata.com

　　　　　　　　　申込日：　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 申込団体名 | 　　　　　　　　　　担当者名： |
| 2 | 団体住所 |  |
| 3 | 連絡先 | 電話 | FAX |
| E-mail |
| 4 | 希望実施日時 | 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 |
| 第3希望　　　　　　年　　　月　　　日（　　　　）　　　　　　　　　　　時　　　分から　　　時　　　分まで |
| 5 | 受講対象者 |  |
| 6 | 受講人数 | 　人 |
| 7 | 会場 |  |
| 8 | 備品の有無いずれかに○印 | スクリーン　　　　　　あり　　　・　　　なし |
| パソコン　　　　　　　あり　　　・　　　なし |
| プロジェクター　　　　あり　　　・　　　なし |
| ハンドマイク　　　　　あり　　　・　　　なし |
| 9 | その他 | ご要望やご質問など |
| ※印には記入しないでください。　　　　　　　　　　※受付日：　　　　　　年　　　月　　　日 |
| ※ | 備考 |  |
| ※ | メンバー | （主担当）（補） |

|  |  |
| --- | --- |
| ※決裁 | 　　　年　　　月　　　日 |
| キャラバンメイト | 課長 | 事務局長 |
|  |  |  |

（社）　宗像市社会福祉協議会　 宗像市久原180　メイトム宗像内