

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 v-net@syakyo.munakata.com

申込日：令和 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	令和 年 月 日 ()	時 分から 時 分まで
		第2希望	令和 年 月 日 ()	時 分から 時 分まで
		第3希望	令和 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：令和 年 月 日

※	備考			
※	メンバー	(主担当) (補)		

※ 決 裁	令和 年 月 日		
	キャラバンメイト	課長	事務局長