

# 認知症サポーター養成講座 開催申込書

必要事項を記入してください。

申込日： 年 月 日

実施団体名			
住所・所在地			
担当者			
連絡先	電話		FAX
	E-mail		
開催希望日時 (60分～90分)	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
開催場所	名称		
	所在地		
	設備	<input type="checkbox"/> DVDプレーヤー <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> その他( )	
受講対象者 区分	<input type="checkbox"/> 町内会 <input type="checkbox"/> 民生委員 <input type="checkbox"/> 上記以外の町民 ( ) <input type="checkbox"/> 企業／職域団体 (業種) <input type="checkbox"/> 学校 ( 小学校・中学校 学年 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
受講予定者	名 ( 男性 名・女性 名 ) 最も多い年代… 20代以下・30代・40代・50代・60代・70代・80代以上		
申込のきっかけ			
講座内容への 要望など			
その他質問 など自由記載			

※ 上記の個人情報は、本講座開催以外には使用しません。

※ キャラバン・メイトの調整、テキストの手配などの都合により、ご希望に添えない場合がありますので、事前にご相談の上、開催希望日の概ね45日前までにお申込みください。

※ 後日、福祉課高齢者支援係から連絡いたします。

## 【問い合わせ・提出先】

〒834-0115 福岡県八女郡広川町大字新代1804番地1  
 広川町役場 福祉課 高齢者支援係  
 TEL:0943-32-1113 FAX:0943-32-5164