　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付No.

認知症サポーター養成講座申込書

令和　　年　　月　　日

深浦町長あて

申込団体名

代表者氏名

住所

電話

下記のとおり、認知症サポーター養成講座を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望日時 | 第一希望 | 年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 第二希望 | 年　　月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 |
| 参加予定人数 | 人 | |
| 開催場所 | 施　設　名 |  |
| 設備の有無(用意できるものに〇) | マイク・スクリーン・プロジェクター・パソコン |
| 打合せ担当者  (代表と異なる場合) | 氏名：  電話：  FAX：  Mail： | |
| その他 |  | |

［注意事項］

１　申込みいただけるのは、深浦町に在住・在勤する個人・団体です。

２　会場は深浦町内とし、講師用駐車場を含め、申込者において確保してください。

３　講師の都合により、日時についてはご希望に添えない場合もあります。ご了承ください。

　　　　　　　　　　　　　　　　担 当：深浦町地域包括支援センター

電話７４－４４２１　　FAX８２－０１５８