(様式１)

「安城市認知症サポーター養成講座」開催申込書

|  |  |
| --- | --- |
| 開催日時 | 令和　　年　　月　　日(　)午前午後午前午後　　　　　時　　分　～　　　　　時　　分 |
| 開催場所 | 名称：　　　　　　　　　　住所：安城市　（ 駐車場　有 ・ 無 ） |
| 機材の有無(該当No,に○を) | 【パソコン】　有　・　無 | 【プロジェクター】　有　・　無 |
| 【スクリーン】　有　・　無 | 【ＤＶＤデッキ】　有　・　無 |
| 受講予定者数(15人以上) | 　　　　　　　　　　　　　　人 |
| 受講団体名・グループ名 |  |
| 代表者名 |  |
| 連絡先 | 住所：電話： |
| 受講対象者(該当No,に○を) | １．住民　２．企業・職場　３．学校４．その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考(内容のご希望等あればご記入ください) |  |

　　　　　　　　　　　　※申込書はＨＰでもダウンロードできます。

※開催希望日の１ヶ月前には申込みをしてください。

**◎申し込み先　　高齢福祉課地域支援係（ＦＡＸ．メールでも可）**

ＦＡＸ：７４－６７８９　　メールアドレス：koufuku@city.anjo.lg.jp

◎受講までの流れ　　申込書提出→講師依頼(市)→決定通知(市)→受講