

「認知症サポーター養成講座」 受講申込書

令和 年 月 日

申 込 団 体 名			
連絡先	住 所	〒 ー	
	電 話 番 号 F A X 番 号	() () ※出来るだけ日中連絡可能な番号を ご記入ください。	
研修資料発送先（上記以外の場合はご記入ください。）			
発 送 先 (住 所・氏 名)		〒 ー 氏 名 ()	
電 話 番 号 F A X 番 号		() ()	
希 望 日 時 (必ず第3希望まで記入してください。)		講師の派遣調整のため、必ず第3希望までご記入ください。 ①令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分 ②令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分 ③令和 年 月 日 () 時 分～ 時 分 ※この研修と他の行事プログラムとの組み合わせを予定されている場合には、その内容を記入してください。	
受 講 人 数	約 名	受講対象者	
研 修 会 場 (申込者にご用意いただきます。)	会場名： 所在地： 電 話： ()		
講師に対する質問などが 事前にありましたらお書きください。	※当日の研修の中でも質問をお受けします。		

※研修当日、テキストやオレンジリングに余りが生じた場合は事務局までお返しいただきますようお願いいたします（教材返却の郵送料は申込される方でご負担ください）

 神戸市社会福祉協議会記入欄

実施日時	年 月 日 () (時 分から 時 分)
実施場所	
担当講師	