

「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 FAX番号	() ()	担当者 () ※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 FAX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。またPC・プロジェクター・DVDプレイヤーなどの機材のご用意をお願いします。	会場名： 所在地： 電話： ()		
備考欄			

※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	