

(申込先) 帯広市役所 市民福祉部 福祉支援室 介護高齢福祉課 高齢者福祉係
住所 〒080-8670 帯広市西5条南7丁目1番地
FAX 0155-23-0163
E-mail care@city.obihiro.hokkaido.jp

認知症サポーター養成講座 申込書

太枠内に必要事項を記入してください。

申込日 令和 年 月 日

申込団体名			
申込者氏名 連絡先	氏名	電話	
	FAX	E-mail	
開催希望日時	第1希望: 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分 第2希望: 令和 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分		
開催場所	名称: 所在地:	受講 予定者数	名
受講対象者区分 該当する番号に○を付けてください。 また()内には具体的にご記入ください。	1 市民 2 民生委員、町内会、地域の団体 (名称) 3 企業・職域団体 (業種: 金融機関) 4 学校 [小学校・中学校・高等学校・大学・その他 ()] (学年 年) 5 介護サービス事業所 6 その他 ()		
利用可能機材	スクリーン (あり ・ なし)		
	プロジェクター (あり ・ なし)、スピーカーなし ※ありの場合、音声出力 (可 ・ 不可)		
ステッカーの希望	(あり ・ なし) ※ステッカー: A4 サイズで事業所の窓口や受付に貼付できます。1団体1枚まで。		
備考			

○上記の個人情報は、本講座開催のためにのみ使用します。

○準備の都合により、開催希望日のおおよそ1ヶ月前までにお申込みください。

また、希望に添えない場合がありますので申込み時にご相談願います。

○本講座の開催周知のため、開催した団体名について、市のホームページや周知物などに掲載することがありますので、ご了承ください。

