別記様式（第７条関係）

年　　月　　日

認知症サポーター等養成講座開催申込書

常陸大宮市長　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

※の項目は必須です。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込年月日 | 年　　月　　日（　　） | | | | 受付№ |
| 希望講座 | サポーター養成講座　　　・　　　ステップアップ講座 | | | | |
| 実施者・  団体等 | **団体等名※** |  | | | |
| **担当者等※** | 部署等（団体の場合） |  | | |
| 担当者名 |  | | |
| **電話番号※** |  | FAX番号 |  | |
| e-mail |  | | | |
| **日時※** | 年　　月　　日（　　曜日）　　　：　　～　　　： | | | | |
| **開催場所※** | 会場名 |  | | | |
| 所在地 | 常陸大宮市 | | | |
| 設備 | □ビデオ　　□ＤＶＤ　　□プロジェクター | | | |
| **受講予定人数※** | | 人 | | | |
| その他 |  | | | | |

１　開催日の４５日前までに提出してください。

２　提出先　〒319－2292　常陸大宮市中富町３１３５－６

常陸大宮市保健福祉部長寿福祉課高齢者支援グループ

　　　　　　　　　　　　　FAX：０２９５－５３－５８１１

３　後日，市の担当から連絡をします。