野田市認知症サポーター養成講座開催申込書

令和　　年　　月　　日

（宛先）野田市高齢者なんでも相談室（地域包括支援センター）

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 | 名称： |
| 申込者 | 住所：〒 |
| 氏名：　　　　　　　　　　　　電　　話：  　　　　　　　　　　　　　　　ファクス： |
| 希望日時 | 第１希望：  令和　　年　　月　上・中・下旬　　　午前・午後 |
| 第２希望：  令和　　年　　月　上・中・下旬　　　午前・午後 |
| 希望会場 | 名称：  住所：〒 |
| 設備関係 | プロジェクター： 有・無　　　　スクリーン：有・無  DVDプレイヤー：有・無　　　　パソコン：　有・無 |
| 受　　講  予定者数 | 名 |
| 備考 |  |

（注１）上記の太枠で囲んだ部分のみご記入ください。

（注２）窓口又はファクス・郵送で受付いたします。ファクス・郵送の場合は、確認のため、電話にてご一報をお願いします。

（注３）準備の都合により、希望日の３０日前まで（必着）にお申込みください。

担当者記載欄

|  |  |
| --- | --- |
| 受付日時 | 令和　　年　　月　　日（　） |
| 決定日 | 令和　　年　　月　　日（　）  午前・午後　　時　　分～午前・午後　　時　　分 |
| 講師 |  |
| 備考 |  |