

「認知症サポーター養成講座」開催申込書

申込日 令和 年 月 日

申請者	団体名等		
	担当者氏名	予定人数 ( ) 人	
	連絡先	TEL :	FAX :

希望内容等	開催希望日	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 (住所・連絡先)	会場名
		住所 TEL :
	その他、	<p>使用可能な機材に○をつけてください。</p> <p>・プロジェクター ・スクリーン ・マイク ・パソコン ・テレビ                  ・DVDレコーダー ・机 ・椅子 ・ホワイトボード 他 ( )</p> <p>ご要望等</p>

\*受講者数は会場の定員の半数以下となります。

\*発熱または風邪症状のあるかたの参加はご遠慮ください。また、参加時はマスクの着用にご協力ください。

【申し込み先】

原則、受講希望する団体の地区を担当する地域包括支援センターのキャラバンメイトが講師になります。希望日の2か月前まで担当包括にお申し込みください。

地域包括支援センター名	申込先 (FAX 番号)	担当学区
地域包括支援センター福祉の森聖孝園 TEL 39-1166	39-1167	櫛形・山部・中里
地域包括支援センターサン豊浦 TEL 33-8811	43-1144	豊浦・日高・田尻
地域包括支援センター神峰の森 TEL 33-5512	33-5513	滑川・宮田
地域包括支援センター銀砂台 TEL 33-6500	33-6366	仲町・中小路・助川
地域包括支援センター小咲園 TEL 32-7900	32-7901	会瀬・成沢・諏訪
地域包括支援センター鮎川さくら館 TEL 36-7303	36-7562	油縄子・大久保・河原子・塙山
地域包括支援センター金沢弁天園 TEL 33-7424	85-6553	大沼・金沢・水木
地域包括支援センター成華園 TEL 33-7119	53-9222	大みか・久慈・坂本東