**幸手市認知症サポーター養成講座　申込書**

申込日　　　令和　　　年　　　月　　　日

幸手市健康福祉部 介護福祉課長 宛

下記のとおり認知症サポーター養成講座の申し込みをします。

※太枠内に必要事項を記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込団体名 | |  |
| 代表者氏名 | |  |
| 担  当  者 | 氏　名 |  |
| 住　所 |  |
| 連絡先 |  |
| 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 |
| 予定会場 | | 会場名：  所在地：  駐車場：　あり　・　なし  プロジェクター・スクリーンの使用　　可　・　不可 |
| 受講予定人数 | | 人（うち、男性　　　人、女性　　　人） |
| 受講対象者区分 | | １．住民 ２．企業 ３．学校 ４．行政　５．介護事業所等 |
| 備考 | |  |