

添書不要 このままでお送り下さい。

【申込先】坂東市北部地域包括支援センター 社会福祉協議会

FAX：0280-88-1041 (TEL：0280-82-1284)

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下さい。

計画No.	R	—	申込日	令和	年	月	日 ()
申込団体名 (担当者氏名)							
代表者名							
住所			坂東市				
連絡先			電話	—	—	FAX	—

開催希望日時	第1希望	年	月	日 ()	時	分	～	時	分
	第2希望	年	月	日 ()	時	分	～	時	分
	第3希望	年	月	日 ()	時	分	～	時	分
開催希望場所 (所在地)									
予定受講者区分		☐ 1、住民 ☐ 2、企業・職域団体 (業種：) ☐ 3、学校【小学 年・中学 年・高校 年・大学 年】 ☐ 4、介護保険サービス事業所 ☐ 5、その他 ()							
予定受講者数		計	人	男性	人	女性	人		
設備の有無		1、スクリーン ☐ 有 ☐ 無 2、プロジェクター ☐ 有 ☐ 無 3、ノートパソコン ☐ 有 ☐ 無 4、マイクセット ☐ 有 ☐ 無 5、その他 ()							

※準備の都合により、開催日の40日前にはお申込みください。

【事務局記載欄】	担当キャラバン・メイト	(サブ：)
使用設備	☐ スクリーン ☐ プロジェクター ☐ ノートパソコン ☐ マイクセット	
事前打合日時	令和 年 月 日 () : ～	
計画書・発注日時	R. 年 月 日	報告書提出日時 R. 年 月 日

添書不要 このままでお送り下さい。

【申込先】坂東市南部地域包括支援センター ハートフル広命

FAX：0297-38-1115 (TEL：0297-38-2161)

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下さい。

計画No.	R	—	申込日	令和	年	月	日 ()
申込団体名 (担当者氏名)							
代表者名							
住所			坂東市				
連絡先			電話	—	—	FAX	—

開催希望日時	第1希望	年	月	日 ()	時	分	～	時	分
	第2希望	年	月	日 ()	時	分	～	時	分
	第3希望	年	月	日 ()	時	分	～	時	分
開催希望場所 (所在地)									
予定受講者区分		☐ 1、住民 ☐ 2、企業・職域団体 (業種：) ☐ 3、学校【小学 年・中学 年・高校 年・大学 年】 ☐ 4、介護保険サービス事業所 ☐ 5、その他 ()							
予定受講者数		計	人	男性	人	女性	人		
設備の有無		1、スクリーン ☐ 有 ☐ 無 2、プロジェクター ☐ 有 ☐ 無 3、ノートパソコン ☐ 有 ☐ 無 4、マイクセット ☐ 有 ☐ 無 5、その他 ()							

※準備の都合により、開催日の40日前にはお申込みください。

【事務局記載欄】	担当キャラバン・メイト	(サブ：)
使用設備	☐ スクリーン ☐ プロジェクター ☐ ノートパソコン ☐ マイクセット	
事前打合日時	令和 年 月 日 () : ～	
計画書・発注日時	R. 年 月 日	報告書提出日時 R. 年 月 日

