

認知症サポーター養成講座開催申込書

(申込日) 平成 年 月 日

実施団体等	団体名			
	担当者			
	電話番号		FAX番号	
開催日時	第1希望：平成 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分			
	第2希望：平成 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分			
開催場所	会場名			
	所在地			
	設備	<input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> マイク設備 (※準備できる設備があればチェックをお願いします。)		
受講予定者数	人			
受講者区分 ※該当する番号に○を付けてください。( )には具体的に記入してください。	1 住民 2 企業・職域団体(業種： ) 3 学校(小学校・中学校・高等学校 : 学年____年) 4 その他( )			

- (1) 開催日時については、後日担当からご連絡いたします。
- (2) 開催時間は、90分程度を予定しています。  
 (※90分程度の時間の確保ができない場合は、ご相談ください。)
- (3) 準備の都合により、開催日の1ヶ月前までに申込書を提出してください。  
 (※1ヶ月前までに提出できない場合でも都合がつけば開催いたします。ご相談ください。)

【問合せ・提出先】

射水市地域福祉課 地域支援係 〒939-0294 射水市新開発410番地1  
 TEL 51-6625 FAX51-6657 (FAXでも受付可)

新湊西地域包括支援センター TEL 83-7171  
 新湊東地域包括支援センター TEL 86-2125  
 小杉・下地域包括支援センター TEL 55-8217  
 小杉南地域包括支援センター TEL 56-8725  
 大門・大島地域包括支援センター TEL 52-0800