

## 認知症サポーター養成講座開催申込書

申込日 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:	年 月 日 ( )	時 分 ~	時 分
	第2希望:	年 月 日 ( )	時 分 ~	時 分
開 催 場 所	会 場 名			
	設 備	<input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> マイク設備 <small>(※準備できる設備があればチェックをお願いします。)</small>		
受 講 予 定 者 数		約 人		
受 講 者 区 分 <small>※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。</small>		1 地域住民 2 企業・職域団体 (業種:                                  ) 3 学校 ( 小学校 ・ 中学校 ・ 高等学校 ・ 大学 ) 4 その他 (    )		

出前講座の申込みを希望される場合は上記をご記入の上、射水市地域福祉課または、お近くの地域包括支援センターへご提出ください。

- (1) 申込受付後、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 86-8739

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

