送信先：八戸市高齢福祉課 介護予防センター

メール：[kaigoyobou@city.hachinohe.aomori.jp](mailto:kaigoyobou@city.hachinohe.aomori.jp) **FAX：0178‐38‐0739**

【申込方法】 介護予防センターへ直接お申込みください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 認知症サポーター養成講座　申込書 | | |
| 申込日 | | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 申込者・団体名 | |  |
| 代表者 | 氏名 | ※ 連絡・調整の担当となられる方をご記入ください。 |
| 連絡先 電話番号 |  |
| 住所 |  |
| 開催希望日時  ※ 準備の都合上、開催日の２ヶ月前にお申込みください。 | | 第一希望：  令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　時　　　分 　～ |
| 第二希望：  令和　　　年　　　月　　　日（　　　）　　　時　　　分　～ |
| 開催予定場所 | | ※ 公民館、集会所、個人のお宅、会社会議室等　どちらでも開催できます。 |
| 準備できる機材  ※当てはまるもの全てに〇 | | パソコン ・ プロジェクター ・ スクリーン ・ 音響設備（マイクなど） ・  DVDプレーヤー　・　ホワイトボード　・　その他( 　　 )　・  どれも準備できない |
| 受講予定者数 | | 名　　　　※ ５名以上からのお申込み受付となります。 |
| 上記の個人情報は、講座開催のためだけに用い、他の用途には用いません。講師手配の都合上、ご希望に沿えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。別途、日程調整のご相談をさせていただきます。 | | |

--------------------------------------------------------------------------------------------

事務局記載欄

|  |  |
| --- | --- |
| 対象者区分 | 1．住民（　　　　　　）　2．企業・職域団体　3．学校［小学校／中学校／高校／他　　］  4．行政　　　5.介護サービス |
| 高齢者支援センター |  |