

送信先：八戸市高齢福祉課 介護予防センター

メール：kaigyobou@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。

記入例

認知症サポーター養成講座 申込書

申込日	令和 7 年 5 月 2 日
申込者・団体名	●●町内会
代表者	氏名 八戸 太郎 ※ 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 0178-00-△△××
	住所 八戸市〇〇町△△字××
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 7 年 7 月 5 日（金） 13時30分～ 第二希望： 令和 7 年 7 月 12 日（金） 10時30分～ <p style="text-align: center;">可能な限り、第二希望まで記入してください。</p>
開催予定場所	◎◎集合所 ※ 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○	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	10 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	