

認知症サポーター養成講座開催申込書

日時	〇〇年〇月×日 (〇曜日) 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 2時30分 ~ 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 3時30分	
受講団体	団体名	〇×町内会
	受講予定人数	30名 (男性10名、女性20名)
	代表者名	東 金太郎
	連絡先 (電話番号)	50-1165
開催場所	会場名	〇×町公民館
	所在地	東金市〇×町1-1
	設 備	<input checked="" type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> DVD <input checked="" type="checkbox"/> 音響設備(マイク) <input checked="" type="checkbox"/> その他 (パソコン・プロジェクター)
その他	<p>【団体の活動内容や人数などについてご記載ください】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・町内会の研修として開催 ・受講生は町内活動を主に担う者で、年齢は30~60歳代 ・地域的に高齢者がこれから増加していくことを見据えて今回の受講を希望するもの ・講座の様子は町内会報に掲載する予定 <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>講師が講義内容をアレンジする際や、講師を選定するときの参考としますので、講座の位置づけや受講者の特性などを記載してください。</p> </div> <p>(講座を実施する上での参考とさせていただきます)</p>	

〔記載に当たっての注意事項〕

- ・申込書の提出は、教材手配などのため開催希望日の45日前までをお願いします
- ・講義時間は60~90分程度です
- ・講師派遣は無料ですが、会場は受講団体でご用意ください (相談もお受けします)

申込み・問合せ先

(認知症サポーター養成講座事務局)

東金市役所高齢者支援課

TEL 50-1165

FAX 50-1295