南会津町認知症サポーター養成講座申込書

年　　　月　　　日

　南会津町長

団体名

代表者　住所

氏名

電話

　次のとおり、南会津町認知症サポーター養成講座を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望日時 | 第１希望　　　年　　月　　日(　)　　時　　分～　　時　　分  第２希望　　　年　　月　　日(　)　　時　　分～　　時　　分  第３希望　　　年　　月　　日(　)　　時　　分～　　時　　分  ※講座の時間は９０分程度です。 |
| 会　　場 |  |
| 会場設備 | ※会場にある設備をわかる範囲で記入してください。  　 無ければ講座ができないというわけではありません。  　□ＤＶＤ　　□プロジェクター　　□スクリーン　　□パソコン  　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 受講人数 | 人（大人　　　人・中学生　　　人・小学生　　　人） |
| 備　　考 | ※聴いてみたい話、知りたいことなどあれば記入してください。 |

●申込み方法

受講希望日の２週間前までには申し込んでください。

　　申請書提出のほか、電話やＦＡＸ、メールでも受け付けています。

●申込み・問合せ先

　　南会津町健康福祉課介護保険係

　　　電　話　０２４１－６２－５０５０

　　　ＦＡＸ　０２４１－６２－６１０６

　　　メール　h\_kenfuku@minamiaizu.org