認知症サポーター養成講座　申込書

令和　　年　　月　　日

岡谷市長　宛

申込団体名：

ご担当者様氏名：

住所：

電話：

下記のとおり、認知症サポーター養成講座を申込みます。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望日時 | 第一希望 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 第二希望 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 参加予定人数 | 人 | |
| 開催場所 | 開催会場 |  |
| 設備の有無  （用意できる物に〇） | マイク　　スクリーン　　プロジェクター　　パソコン  無の場合はこちらで用意いたします。 |
| 打合わせ  ご担当者 | 上記と違う場合に記入をお願いします。  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 | |
| 備考 | 希望する講師や講座に関する疑問などありましたらご記入ください。 | |

＊講座の費用は無料です。

【申込先】

〒394－8510　岡谷市幸町8番1号

岡谷市介護福祉課内　地域包括支援センター

電話：0266－23－4811（代）内線　1285

FAX：0266－21－1101

E-Mail：kaigofukusi@city.okaya.lg.jp

＊開催日時は講師と調整後、ご担当者様へ連絡いたします。

＊お申込みはおおむね１か月前までに

ＦＡＸ、メール、郵送等でお願いします。