

基礎編

「認知症サポーター養成講座」申込書

団体名			
参加予定人数		人	
参加者分類 (該当するものを○で囲んでください) ※企業等(介護事業所を除く)が 従業員対象研修として開催を希望 される場合は、専用申込用紙をご 利用ください。		1 一般地域住民 2 校(地)区社協役員 福祉協力員 3 民生委員 4 自治会・町内会役員 5 老人クラブ	6 NPO・ボランティア団体 7 職域団体() 8 学校 9 行政関係者 10 その他()
連絡先	住所	(〒 -) (Tel. - 、Fax. -)	
	担当者氏名		
講演希望	日時	平成 年 月 日 () 時 分～ 時 分 (講演 時間 分)	
	会場名	電話番号	-
	会場所在地		
	講演について、ご希望があれば記入ください。		

※太枠内に記入後、「北九州市認知症サポーターキャラバン事務局」までFAXまたは郵便でお送りください。

事務局記入欄

<input type="checkbox"/> 受付日時	平成 年 月 日 (曜日) 時 分～ 時 分	受付担当者	
決	<input type="checkbox"/> 日時	処理経過	<input type="checkbox"/> 講師決定通知 <input type="checkbox"/> 講師依頼文 <input type="checkbox"/> DVD使用 <input type="checkbox"/> PPT使用 <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> スピーカー <input type="checkbox"/> PJ <input type="checkbox"/> DVDPJ <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> 駐車場 (有・無・予約 台) <input type="checkbox"/> 資料配達 (/ :) <input type="checkbox"/> その他
定	<input type="checkbox"/> 講師		

PC=パソコン、PJ=プロジェクター、DVDPJ=DVDプロジェクター、PPT=パワーポイント

【お申し込み・お問い合わせ先】

北九州市認知症サポーターキャラバン事務局 (北九州市社会福祉協議会 地域福祉部 生活福祉課)

Tel. 873-1296 Fax. 873-1351

〒804-0067 北九州市戸畑区汐井町1-6 ウェルとばた8階

受付番号

--