

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 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 令和 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。		

◆「オレンジリング」は今年度から有料になりました。1個100円で送料は1,010円です。リング代、送料とも申込者負担となります(後払い)。講座終了後全国キャラバンメイト連絡協議会より直接送付されます。(お届けまで2週間ほどかかります)

希望する (個) ・ 希望しない (いずれかに○)

※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	令和 年 月 日 (曜日) 時 分～ 時 分	受付担当者	
決定	<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"/> DVD PJ <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
	<input type="checkbox"/> 講師		

PC=パソコン、PJ=プロジェクター、DVD PJ=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 生活支援部 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