

企業 従業員 研修 用

「認知症サポーター養成講座」申込書

企 業 名			
参 加 予 定 人 数	人		
業 種 (講座内容に反映します)			
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。		

従業員対象研修開催企業の公開 (市ホームページ掲載) について (いずれかに○)

希望する・希望しない	掲載する場合の名称
------------	-----------

※原則として法人名としますが、支店単位等での受講の場合は支店毎の掲載も可能です。

事務局記入欄

決 定	<input type="checkbox"/> 受付日時	令和 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分	受付担当者	<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
	<input type="checkbox"/> 日 時	令和 年 月 日 (曜日) 時 分 ~ 時 分	処理経過	
	<input type="checkbox"/> 講 師	(氏名)		

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

【申込・問い合わせ先】(太枠内記入後、FAX もしくは郵便にて下記事務局宛にお送りください)

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

--