

応用編 「認知症サポーターステップアップ講座」申込書

本講座は、認知症サポーターの学びを深めるための講座であり、オレンジリングは交付しませんので、あらかじめご了承ください。

団 体 名			
参 加 予 定 人 数	人		
講座の種類 (いずれかに○を付けてください)	A 認知症の理解を深める B 認知症の発症リスクを減らす C 認知症の方への対応のしかた		
参加者分類 (該当するものを○で囲んでください)	1 一般地域住民 6 NPO・ボランティア団体 2 校(地)区社協役員 7 職域団体 () 福祉協力員 8 学校 3 民生委員 9 行政関係者 4 自治会・町内会役員 10 企業 (介護事業所を除く) 5 老人クラブ 11 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。		

※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

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	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
	<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

【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