様式第１号

認知症サポーター講座申込書

　　年　　月　　日

豊橋市長　宛

（福祉部長寿介護課）

団体・グループ名：

代表者　郵便番号：〒

住　　所：

氏　　名：

電話／ＦＡＸ：

Ｅ－mail：

認知症サポーター講座について次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望日時 | 第1希望 | 年　　　月　　　日（　　　　曜日） | 午前  午後 | 時 　 分 ～　 時 　 分 |
| 第2希望 | 年　　　月　　　日（　　　　曜日） | 午前  午後 | 時　 分 ～　 時　 分 |
| 会　場 | 施設名称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 電　　話 |  | | |
| 音響器具  の有無 | スクリーン　　マイク　　スピーカー　　プロジェクター　　パソコン  黒板（ホワイトボード）　　　**※ご用意いただける物に○をつけてください** | | |
| 参加人数 | 合　計　　　　　　　名　（男性　　　　名／女性　　　　　名） | | | |
| 年齢層 | 主に　　　　歳代 | | | |
| 打ち合わせ  担当者 | 氏　　名 |  | | |
| 連絡先 | （日中に連絡のつく電話番号を記入してください） | | |
| 備　考 | （オンライン開催をご希望の方はその旨をこちらにお書きください。） | | | |

※下記は市役所で記入します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 整理番号 |  | 受付方法 | 窓口／ＦＡＸ／郵便／メール |
| 受付日 | 年　　　月　　　日 | 決定通知日 | 年　　　月　　　日 |
| 担当キャラバン・メイト | （所属・氏名） | | |