

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)		