様式第1号

認知症サポーター講座申込書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込者情報 | 団体・グループ名 |  |
| 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 希望日時（約60～90分） | 第1希望 |  |
| 第2希望 |  |
| 会場 | 施設名称 |  |
| 施設連絡先 |  |
| 住所 |  |
| 参加人数 | 合計　　　　　　　　　　　名 |
| 連絡希望手段 | □電話　　　　　　　□メール※申込者情報に記載されているものを使用させていただきます。　いずれかにチェックをいれてください。 |
| SNS | 講師が撮影した講座の様子等を本市のInstagram等のSNSアカウントに載せてもよろしいですか？□許可（顔出しOK）　　　　□許可（顔出しNG）　　　　□不許可※いずれかにチェックをいれてください。 |
| 注意事項 | 開催希望日の1か月前までに、以下を記入のうえ、お申込みください。また、会場に関しましては、申込者様でご予約等をお願いいたします。※ご希望に日時に添えないことがありますのでご了承お願いいたします。 |

～講師について～

認知症キャラバン・メイト（愛知県等のキャラバン・メイト養成研修を受講し、「認知症サポーター」の講師役として登録された方）が務めさせていただきます。

※講師より直接連絡がある場合がありますのでご了承ください。

◎申込＆問合せ先

　豊橋市役所　長寿介護課　地域予防啓発グループ　担当：野々山

　TEL：0532-51-3139　　FAX：0532-56-3810