

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	月 日 (曜日) 時 分 ～ 時 分
	第 2 希 望	月 日 (曜日) 時 分 ～ 時 分
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。	
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 O K) ☐ 許 可 (顔 出 し N G) ☐ 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カ月前までに、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。 ※ご希望の日時に添えないことがありますのでご了承ください。	

～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