

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

TEL：0532-51-3139 FAX：0532-56-3810