**認知症サポーター養成講座依頼書（御船町）**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 依頼者 | 所　　属 |  |
| 担 当 者 |  |
| 住　　所 | 〒 |
| 電話番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 団体・グループ名等 |  |
| 対象者項目 | 1.住民　　　2.企業・職域団体　　　3.学校　　　4.行政 |
| 受講予定者数 | 人 |
| 希望日時 | ＜第1希望＞  　　　　年　　　月　　　日（　　　曜日）  （　　　　時　　　分～　　　時　　　分）  ＜第2希望＞  　　　　　　　　年　　　月　　　日（　　　曜日）  　　（　　　　時　　　分～　　　時　　　分）  ※講師依頼の都合上、1か月以上前に依頼をお願いします。  ※講座の受講時間は1時間程度必要です。 |
| 開催場所 |  |
| 備考 |  |

|  |
| --- |
| 【申込み先】御船町役場　福祉課　地域包括支援センター  　ＴＥＬ：０９６－２８２－２９１１　　ＦＡＸ：０９６－２８２－１１７１ |