


認知症あんしんサポーター養成講座申し込み書

太枠の中をご記入ください

【申込者】

代表者氏名	
住所	宇治市
連絡先	

【開催について】

希望日時 ★講師調整のため、 <u>1ヶ月以上先の日程</u> をお願いします。 ★時間は約 <u>1時間半～</u> <u>2時間程度</u> をお願い します。	第1希望日 令和 年 月 日 () : ~ :	
	第2希望日 令和 年 月 日 () : ~ :	
開催会場		
参加者人数	名	
団体・グループ名		
会場設備など	駐車 可 ・ 不可 DVD・ビデオ視聴 可 ・ 不可 マイクの有無 有 ・ 無 ホワイトボード 有 ・ 無 	
キャラバン・メイト氏名 *記入不要		
その他 *記入不要	配布資料 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターチラシ <input type="checkbox"/> サポーター養成講座標準テキスト <input type="checkbox"/> オレンジリング <input type="checkbox"/> アンケート <input type="checkbox"/> その他（独自資料、独自媒体など）	メイト提出物 <input type="checkbox"/> 活動報告書 <input type="checkbox"/> 参加者数報告書 <input type="checkbox"/> 回収したアンケート

【申込・問合せ先】 住所 〒611-0021 宇治市宇治琵琶1-3 宇治市福祉サービス公社
中宇治地域包括支援センター内 認知症コーディネーター専用ダイヤル
(電話番号 28-3686)