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** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **講師予定者名（キャラバン・メイト）** |  |
| **メイト登録番号** |  |

**【開催について】**

|  |  |
| --- | --- |
| **希望日時**  ★講師調整のため、  1ヶ月以上先の日程でお願いします。  ★時間は約1時間半～2時間程度でお願いします。 | **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** |

【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）