応用編「認知症サポーターステップアップ講座」申込書

本講座は、**認知症サポーターの学びを深めるための講座**であり、オレンジリングは交付しませんので、あらかじめご了承ください。

団体名		
参加予定人数		人
講座の種類 （いずれかに〇を付けてください）		A　認知症の理解を深める B　認知症の発症リスクを減らす C　認知症の方への対応のしかた
参加者分類 （該当するものを〇で囲んでください）		1　一般地域住民 2　校(地)区社協役員 　福祉協力員 3　民生委員 4　自治会・町内会役員 5　老人クラブ 6　ＮＰＯ・ボランティア団体 7　職域団体（　　） 8　学校 9　行政関係者 10　企業（介護事業所を除く） 11　その他（　　）
連絡先	住所	（〒　　－　　） （Tel.　　－　　、Fax.　　－　　）
	担当者氏名	
講演希望	日時	令和　　年　　月　　日（　） 時　　分～　　時　　分（講演　　時間　　分）
	会場名	電話番号　－
	会場所在地	
	講演について、ご希望があれば記入ください。	

※太枠内に記入後、「北九州市認知症サポーターキャラバン事務局」までＦＡＸまたは郵便でお送りください。

事務局記入欄

□受付日時		令和　　年　　月　　日（　曜日） 時　　分～　　時　　分	受付担当者	
決定	□日時	令和　　年　　月　　日（　曜日） 時　　分～　　時　　分	処理経過	□講師決定通知　□講師依頼文 □ＤＶＤ使用　□ＰＰＴ使用 □ＰＣ　□スピーカー　□ＰＪ □ＤＶＤＰＪ　□スクリーン □駐車場（有・無・予約　台） □資料配達（　／　：　） □その他
	□講師	（氏名）		

ＰＣ＝パソコン、ＰＪ＝プロジェクター、ＤＶＤＰＪ＝ＤＶＤプロジェクター、ＰＰＴ＝パワーポイント

【お申し込み・お問い合わせ先】

北九州市認知症サポーターキャラバン事務局（北九州市社会福祉協議会 生活支援部 生活福祉課）

Tel. ８７３－１２９６　Fax. ８７３－１３５１

〒８０４―００６７　北九州市戸畑区汐井町１－６ウェルとばた８階

受付番号