

基礎編

「認知症サポーター養成講座」申込書

| | | | |
|---|-----------------------|--------------------|----------------|
| 団体名 | | | |
| 参加予定人数 | | 人 | |
| 参加者分類 (該当するものを○で囲んでください) ※企業等(介護事業所を除く)が 従業員対象研修として開催を希 望される場合は、専用申込用紙をご 利用ください。 | | 1 一般地域住民 | 6 NPO・ボランティア団体 |
| | | 2 校(地)区社協役員 | 7 職域団体 () |
| | | 福祉協力員 | 8 学校 |
| | | 3 民生委員 | 9 行政関係者 |
| | | 4 自治会・町内会役員 | 10 その他 () |
| | | 5 老人クラブ | |
| 連絡先 | 住所 | (〒 -) | |
| | | (Tel. - 、Fax. -) | |
| 担当者氏名 | | | |
| 講演日 | 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 | | | |
| 希望 | 講演について、ご希望があれば記入ください。 | | |

研修開催団体の公開(市ホームページ掲載)について (いずれかに○)

| | |
|------------|-----------|
| 希望する・希望しない | 掲載する場合の名称 |
|------------|-----------|

※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

| | | | |
|-------------------------------|---------------|-------|---|
| <input type="checkbox"/> 受付日時 | 令和 年 月 日 (曜日) | 受付担当者 | <input type="checkbox"/> 講師決定通知 <input type="checkbox"/> 講師依頼文 <input type="checkbox"/> DVD使用 <input type="checkbox"/> PPT使用 <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> スピーカー <input type="checkbox"/> PJ <input type="checkbox"/> DVD PJ <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> 駐車場 (有・無・予約 台) <input type="checkbox"/> 資料配達 (/ :) <input type="checkbox"/> その他 |
| 決 <input type="checkbox"/> 日時 | 令和 年 月 日 (曜日) | 処理経過 | |
| 定 <input type="checkbox"/> 講師 | (氏名) | | |

PC=パソコン、PJ=プロジェクター、DVD PJ=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

| |
|--|
| |
|--|