企業（従業員研修）用 「認知症サポーター養成講座」申込書

太枠内をご記入ください。

企業名				
参加予定人数		人		
業種 （講座内容に反映します）				
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。			

講座開催には、以下機材が必要です。ご確認のうえお申し込みください。（※チェックをしてください）

- ☐ Microsoft PowerPoint の入ったパソコン（USB 端子有り）
- ☐ パソコンで動画再生時、音声が出力できるプロジェクター
- ☐ HDMI ケーブル（PowerPoint の入ったパソコンとプロジェクターをつなぎ、動作・音声確認できるもの）
- ☐ PowerPoint を投影するのに必要なスクリーンやホワイトボード等
- ☐ 当日、円滑に講座を進めるための、機材の事前動作確認（投影資料がある場合は資料の確認も含む）

従業員対象研修開催企業の公開（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

※原則として法人名としますが、支店単位等での受講の場合は支店毎の掲載も可能です。

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）		

【お申込・お問合せ先】（太枠内必要事項記入後、FAX もしくは郵便にて下記事務局宛にお送りください）

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