応用編 「認知症サポーターステップアップ講座」申込書

太枠内をご記入ください。
※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 ※10名以上		人	
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 3 民生委員 4 自治会・町内会	5 老人クラブ 6 学校 7 行政関係者 8 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。 例:認知症の理解を深める、認知症の方への対応の仕方、認知症の発症リスクを減らす、チームオレンジ　等		

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)

研修開催団体の公開(市ホームページ掲載)について(いずれかに〇)

希望する・希望しない	掲載する場合の名称

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