# 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、オレンジリングや修了証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<br>（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<br>B　認知症の発症リスクを減らす<br>C　認知症の方への対応のしかた |
| 参加者分類<br>（該当するものを〇で囲んでください） | | 1　一般地域住民<br>2　校(地)区社協役員<br>福祉協力員<br>3　民生委員<br>4　自治会・町内会役員<br>5　老人クラブ<br>6　ＮＰＯ・ボランティア団体<br>7　職域団体（　　）<br>8　学校<br>9　行政関係者<br>10　企業（介護事業所を除く）<br>11　その他（　　） |
| 連絡先 | 住所 | （〒　　－　　）<br>（Tel.　　－　　、Fax.　　－　　） |
| | 担当者氏名 | |
| 講演希望 | 日時 | 平成　　年　　月　　日（　）<br>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 | | 平成　　年　　月　　日（　曜日）<br>時　　分～　　時　　分 | 受付担当者 | |
| 決定 | □日時 | 平成　　年　　月　　日（　曜日）<br>時　　分～　　時　　分 | 処理経過 | □講師決定通知　□講師依頼文<br>□ＤＶＤ使用　□ＰＰＴ使用<br>□ＰＣ　□スピーカー　□ＰＪ<br>□ＤＶＤＰＪ　□スクリーン<br>□駐車場（有・無・予約　台）<br>□資料配達（　／　：　）<br>□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 地域福祉部 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 |
|---|
| |