

# 企業 従業員 研修 用

## 「認知症サポーター養成講座」申込書

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。		

### 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。

- ◆全国キャラバンメイト連絡協議会からの通知により、令和3年4月以降「オレンジリング」は有料になりました(1個100円/送料1,010円)。リング代、送料とも申込者負担(後払い)となります。講座終了後全国キャラバンメイト連絡協議会より直接送付されます。(お届けまで2週間ほどかかります)

希望する ( 個 )	希望しない (いずれかに○)
------------	----------------

### 事務局記入欄

決 定	□ 受付日時	令和 年 月 日 ( 曜日 ) 時 分 ~ 時 分	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	
	□ 日時	令和 年 月 日 ( 曜日 ) 時 分 ~ 時 分			処理経過
	□ 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

【申込・問い合わせ先】(太枠内記入後、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

--