

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 (いずれかに○を付けてください)		A 認知症の理解を深める B 認知症の発症リスクを減らす C 認知症の方への対応のしかた	
参加者分類 (該当するものを○で囲んでください)		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 企業(介護事業所を除く) 5 老人クラブ 11 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	—
講 演 希 望	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	令和 年 月 日 (曜日)		受付担当者	
	時 分～ 時 分			
決 定	□ 日時	令和 年 月 日 (曜日)	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)		

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 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
