



年 月 日

「認知症サポーター養成講座」開催申込書

申込団体名	グループ名/機関・団体・企業名/学校名	部署名	担当者名
	TEL:	FAX:	
	E-Mail:		
	住所: 〒		

■開催希望日時等

開催希望日時 * 時間は概ね 1時間30分 です。	第1希望	平成 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
	第2希望	平成 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
	第3希望	平成 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分
受講予定人数	人	主な受講者
開催予定場所	名称	住所
		〒
利用可能機材	<input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> ノートパソコン (DVDの読込 可・不可、パワーポイントの利用 可・不可) <input type="checkbox"/> プロジェクター (音声出力 可・不可)	
当日の連絡先	<input type="checkbox"/> 上記申込団体の担当者と同じ <input type="checkbox"/> 上記申込団体の担当者と異なる場合 (部署名 氏名 電話番号 )	
その他 特記事項		

1. 準備の都合により、開催希望日の1ヶ月前までに中区いきいき支援センターへお申し込みください。
2. 講師の派遣可能な日時は、月曜～金曜(平日 9:00～17:00)、土日祝日や平日時間外の派遣については応相談。派遣先は原則名古屋市中区内です。
3. 講師の都合等により、開催希望日等のご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承ください。

●提出先

名古屋市中区いきいき支援センター

〒460-0013 中区上前津二丁目12番23号 中区在宅サービスセンター内

TEL: 052-331-9674 FAX: 052-331-9953

E-Mail h-naka@nagoya-shakyo.or.jp



いきいき支援センター記入欄	
決定日時	平成 年 月 日 ( 曜日 ) 時 分 ~ 時 分
	平成 年 月 日 ( 曜日 ) 時 分 ~ 時 分
	平成 年 月 日 ( 曜日 ) 時 分 ~ 時 分
講師	
備考	