



「認知症サポーターステップアップ講座」開催申込書

提出日：令和 年 月 日

| | | | | | | | |
|----------------------------|--|--|---|----|---|------|---------|
| 開催希望日時 | 令和 年 月 日 (曜日) 時 分から 時 分まで | | | | | | |
| 受講団体・グループ名 | | | | | | | |
| 住所 | 〒 - 新潟市 区 | | | | | | |
| ご担当者名 | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | | | | | | | |
| 連絡先 Fax | | | | | | | |
| 連絡先 E-mail | | | | | | | |
| 受講者予定数 | 人 | | | | | | |
| 予定会場 | 会場名 | | | | | | |
| | 住所 | 〒 - 新潟市 区 | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | |
| | 設備 (あるものに☑) | <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> パソコン | | | | | |
| 教材、オレンジバッジの送付先 (※記載不要) | 1. 送付 ①受講団体の担当者 ②担当キャラバン・メイト 送付場所 氏名 _____ 住所 〒 _____ 連絡先 _____ 2. 事務局で受取 | | | | | | |
| 担当 キャラバン・メイト (※記載不要) | No. | メイトID | | | | メイト名 | |
| | | 例)新潟 | - | 20 | - | 0001 | ステップ 花子 |
| | 1 | 新潟 | - | | | | |
| | 2 | 新潟 | - | | | | |
| 3 | | - | | | | | |
| 備考 | | | | | | | |

- ・開催の1か月前までに提出してください。
- ・講師の都合や予算執行状況等により希望の日時に添えないことがあります。
- ・会場については申込者が確保することとしますが上記理由により日時が変更される場合もありますので、変更の際の会場の確保についてもお願いいたします。
- ・この申込書は認知症サポーターステップアップ講座の実施に係ること以外の目的には使用いたしません。
- ・この申込書は「Fax・郵送・E-mail・上記記載の地域包括ケア推進課に持参」のいずれかの方法でご提出ください。