**認知症サポーター養成講座開催申込書**

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受講団体 | 名　　称 |  | |
| 代表者名 |  | |
| 担当者名 |  | |
| 連 絡 先 |  | |
| 区　　分 | 住民 ・ 職域 ・ 学校 ・ 行政 ・ その他 | |
| 受講予定人数 | 人 | |
| 開催予定日時 | | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　） | |
| 時　　分　～　　　時　　分 | |
| 開催予定場所 | |  | |
| 設備 | □音響（マイク等）  □スクリーン（TVモニター含む）  □プロジェクター |
| 養成講座への要望等 | | ※例　認知症の方に対する声掛けや接し方を中心に学びたい  　　　講義だけでなくグループワークを交えてほしい  　　　授業の時間に合わせた時間構成にしてほしい　など | |

* 準備の都合上、開催予定日の１ヶ月前までに申し込みください。
* 講師等の都合により、日程の調整をさせていただく場合があります。