様式１

（送付先）長寿あんしん相談センター本部（地域包括支援センター本部）
ＦＡＸ：０９９－８１３－１０４１
〒８９０－００７２　鹿児島市新栄町１番１１号（ＴＥＬ：０９９－８１３－８５５５）

認知症サポーター養成講座申込書

太枠内に必要事項を記入してください。

※受講対象者は、鹿児島市在住または、市内の学校・企業等に通勤通学されている方が対象です。

※講座終了後は、受講者の氏名、年代、性別、住所、連絡先が記載された名簿の提出が必要です。

※申込書記載の個人情報は、本講座実施のためにだけ用い、他の用途には用いません。

申込日：	年　　月　　日			
申込ｸﾞﾙｰﾌﾟ名			担当者氏名	
住所・所在地	〒			
連絡先	電　話		ＦＡＸ	
	E-mail			
受講対象者			受講予定者数	人
受講対象者区分 該当する番号に○を付けてください	１　住民グループ　　２　企業・職域団体（業種　　） ３　学校［小学校・中学校・高等学校・その他（　　）］（学年＿＿年） ４　行政　　５　介護サービス			
実施希望日時 **※実施希望日の<u>３０日前までに</u>お申込みください。**	第１希望	年　月　日（　）　時　分から　時　分まで		
	第２希望	年　月　日（　）　時　分から　時　分まで		
	第３希望	年　月　日（　）　時　分から　時　分まで		
実施場所	会場名			
	会場設備 該当する番号に○を付けてください。	１　ＤＶＤが視聴できる設備がある （テレビ・ＤＶＤプレーヤー・スクリーン・プロジェクター・パソコン） ２　ＤＶＤが視聴できる設備はない ３　講師用駐車場（　あり　・　なし　）		
	所在地	〒		
教材等の受取について	受渡し方法	・長寿あんしん相談センター（　　）で受取り希望 ・都合により送付希望の方は下記フォームを記入		
	送付先	送付先名称		
		受取人氏名		
		送付先 TEL		
		送付先住所	〒	
講座を知ったきっかけ（自由記載）				