認知症サポーター養成講座開催申込書

令和　　年　　月　　日

実施団体	団体名			
	担当部署			
	担当者			
	電話番号		ＦＡＸ番号	
	e-mail			
日　　時	令和　　年　　月　　日（　）　　：　　～　　：			
開催場所	会場名			
	所在地			
	設　　備	□パソコン　□プロジェクター　□スクリーン □DVD プレーヤー　□マイク □その他（　　）		
参加予定人数	人			
講　　師 （キャラバン・メイト）	□決まっている　　氏名（　　） 所属（　　）			
	□決まっていない　　⇒市が講師の調整を行います。			
その他	※キャラバン・メイト（講師）が講座内容をアレンジする際や、市がキャラバン・メイトを選定する際の参考資料としますので、講座の位置づけや、受講生の特性などを記載ください。			

※開催日の３０日前までに、郵送、ＦＡＸまたはメールで提出してください。後日、市の担当者から連絡します。

【お申込み・お問い合わせ先】

住　所：〒６７３－０４９２　三木市上の丸町１０－３０
　　三木市健康福祉部介護保険課（認知症サポーター養成講座担当）
電　話：０７９４－８２－２０００（内線２３５３・２３２６）
ＦＡＸ：０７９４－８２－５５００
メール：kaigo@city.miki.lg.jp