

年 月 日

(宛先) 佐倉市長

**認知症サポーター養成講座 出前講座申込書**

{ 認知症サポーター養成講座  
認知症サポーターステップアップ講座 } を開催したいので、講師(キャラバン・メイト)の派遣を依頼します。

団 体 名			
受講対象者			
連絡調整の 窓口となる方	氏名		
	住所	〒	
	電話		連絡のつきやすい時間帯
	FAX		
希望日時	第1希望	年 月 日 ( )	
		時 分 ~ 時 分	
	第2希望	年 月 日 ( )	
		時 分 ~ 時 分	
予定会場 ※佐倉市内に 限ります	会場名	講師用駐車場 なし・あり	
	所在地	佐倉市	
	電話		
参加予定人数 (教材配布予定数)	人 (大人 人・中学生 人・小学生以下 人)		
会場設備	プロジェクター (有・無)	DVDプレーヤー (有・無)	
	スクリーン (有・無)	ホワイトボード (有・無)	
講座の周知に ついて	<input type="checkbox"/> 受講団体のみで実施します <input type="checkbox"/> 一般市民の参加も可能です ⇒ ホームページへの掲載 (可・否)		
講座への要望や 学びたいこと等			

※ご記入いただいた内容は、高齢者福祉課から講師役であるキャラバン・メイトに情報を提供します。講座開催の目的以外で本情報を使用することはありません。