

高石市認知症サポーター講座申込書

平成 年 月 日

高石市社協会長 あて

下記のとおり認知症サポーター養成講座の申し込みをします。

申込者	団体名等	名称:
	代表者	住所:〒
		氏名: 電話: FAX:
日時 会場	希望日	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分
	名称	
	住所	電話:
受講 対象者 区分	1 市民 2 企業・職域団体 (業種) 3 学校 ・小学校, 中学校, 高等学校 学年 年 ・その他 ()	
受講 予定人数	名	
備考		

派遣予定 キャラバンメイト	氏名	氏名
	氏名	氏名
当日担当者 (準備等含)	漆畑・佐野・村田・玉井 間島・馬渡・()	漆畑・佐野・村田・玉井 間島・馬渡・()

処理欄

講師依頼	開催計画表 提出	事前打合せ	サポーターグッズ 到着	サポーターグッズ 主催者送付	実施 報告書
了解・変更	/	/ 済	/	/	/