

認知症サポーター養成講座開催申込書

令和 年 月 日

(あて先) 渋谷区高齢者福祉課長

下記のとおり、認知症サポーター養成講座の開催を申し込みます。

太枠内を記入して下さい。

住 所 (送付先)	〒		
団体名			
担当者			
電 話			
F A X			
E - m a i l			
希望日時	第1希望	令和	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
	第2希望	令和	年 月 日 () 時 分から 時 分まで
予定会場	会場名 電話 所在地		
機材の有無	パソコン 有・無 プロジェクター 有・無 ※講座でDVDとPowerPointを使用します。		
参加予定人数	人		
必要テキスト数	冊 (121円/1冊、別途送料が必要となります。) ※講座開催に必須となります。		
必要オレヅリング数	個 (110円/個、別途送料が必要となります。) ※購入は任意となります。		
請求書の宛名			

FAX、E-mail、又は郵送にて提出して下さい。

【F A X】03-3463-2873

【E - m a i l】sec-koureisha-soudan@shibuya.tokyo

【郵送送付先】

〒150-8010 渋谷区宇田川町1-1

渋谷区福祉部高齢者福祉課高齢者相談支援係

認知症サポーター養成講座担当 行

☎03-3463-1989