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 |  | |
| ＦＡＸ |  | |
| Ｅ－ｍａｉｌ |  | |
| 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。 | |
| 必要オレンジリング数 | 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。  【ＦＡＸ】０３－３４６３－２８７３  【Ｅ-ｍａｉｌ】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 |