**「認知症サポーター養成講座」開催申込書**

下記の項目をご記入ください（※の項目は必須です）。

なお、講座準備の都合上、開催希望日は申請日の４５日以降の日程でご計画ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日※ | 　　　年　　月　　日（　曜日） |
| 実施団体 | 団体名※ |  |
| 担当部署 |  |
| 担当者※ |  |
| 電話番号※ |  | FAX番号 |  |
| e-mail |  |
| 開催希望日時※ | 　　　　　年　　月　　日（　曜日）　　：　　～　　：　　 |
| 開催場所※ | 会場名 |  |
| 所在地 | 伊達市 |
| 会場の設備※ | 会場にあるもの、もしくは申請者側で準備できるものにチェックしてください。□ビデオ　　□ＤＶＤ　　□プロジェクター　　□パソコン |
| 受講予定人数※ | 　　　　人 |
| 一般参加の可否※ | □可　　□否可とした場合、「一般市民の方の個人参加が可能なサポーター養成講座」として、講座の開催情報を広報等で公開します。 |
| その他 | 講師が、講座内容をアレンジする際や、事務局等で講師を選定する際の参考としますので、講座の位置づけや、受講生の特性などを記載してください。 |

**「認知症サポーター養成講座」開催申込書（記入例）**

下記の項目をご記入ください（※の項目は必須です）。

なお、講座準備の都合上、開催希望日は申請日の４５日以降の日程でご計画ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請日※ | 令和元年　６月１日（火曜日） |
| 実施団体 | 団体名※ | ○○○町内会 |
| 担当部署 |  |
| 担当者※ | 伊達　花子 |
| 電話番号※ | △△△―△△△△ | FAX番号 | ▲▲▲―▲▲▲▲ |
| e-mail |  |
| 開催希望日時※ | 令和元年　７月３０日（金曜日）　１０：００～１１：３０ |
| 開催希望場所※ | 会場名 | ○○○公民館 |
| 所在地 | 伊達市　○○○町□□□　●●番地　　　　　 |
| 会場の設備※ | 会場にあるもの、もしくは申請者側で準備できるものにチェックしてください。■ビデオ　　■ＤＶＤ　　□プロジェクター　　□パソコン |
| 受講予定人数※ | 　２０人 |
| 一般参加の可否※ | ■可　　□否可とした場合、「一般市民の方の個人参加が可能なサポーター養成講座」として、講座の開催情報を広報等で公開します。 |
| その他 | 講師が、講座内容をアレンジする際や、事務局等で講師を選定する際の参考としますので、講座の位置づけや、受講生の特性などを記載してください。（例）・○○町の住民を中心に実施。・現時点で町内に認知症の人はいないが、当地区は、世帯数７０世帯のうち６0世帯に高齢者がおり、今後も高齢化が進むと思われる。 |