**「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。 | | | |