

# 記入例

## 認知症サポーター養成講座開催申込書

日高町門別地域包括支援センター施設長 様

認知症サポーター養成講座を開催したいので次のとおり申し込みます。

申 込 日	令和 元 年 5 月 1 日		
実施団体 (主催者)	団体名	日高町介護研究会	
	連絡先	担当者名	日高 太郎
		住所	〒 059 - 2192 日高町門別本町 210 番地の 1
		電話番号	( 01456 ) 2 - 6789
		FAX番号	( 01456 ) 2 - 5615
開催日時 (※)	令和 元 年 6 月 20 日 ( 木 曜日 ) 開始時間 ( 14:00 ) ~ 終了時間 ( 15:30 )		
開催場所	会場名	日高町門別総合町民センター 1階 会議室	
	住所	日高町 富川東6丁目3-1	
	設備	<input type="checkbox"/> ビデオデッキ <input checked="" type="checkbox"/> DVDプレーヤー <input checked="" type="checkbox"/> テレビ	
受講予定人数	20 人		
その他	総会終了後に実施する。 受講生は、会員。 40歳代の会員が多い。		

お申し込みいただいた後、内容等の確認のために門別地域包括支援センター担当者が連絡します。

会場に複数の部屋がある場合は、使用する部屋名もご記入下さい。

会場に備え付けられていない場合で、主催者側で用意いただける場合も、該当設備にチェックをつけて下さい。  
なお、これらの設備の使用料がかかる場合、主催者側でご負担願います。

1. 開催日の「30日」前までにお申し込み下さいますようお願い申し上げます。

2. お申し込み・お問い合わせ先

日高町門別地域包括支援センター

住所：〒059-2192 日高町門別本町 210 番地の 1

FAX (01456) 2-5615 TEL (01456) 2-6789

※ 養成講座は、60～90分程度で開催しますので、企画の際にご留意下さい。