

認知症サポーター養成講座 申込書

\* 太枠内に必要事項を記入してください。 申込日： 年 月 日

|                                                       |                                                                                                                                              |                                                                                                            |     |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 申込者氏名<br>申込団体名                                        |                                                                                                                                              |                                                                                                            |     |
| 住所                                                    |                                                                                                                                              |                                                                                                            |     |
| 連絡先                                                   | 電話                                                                                                                                           |                                                                                                            | FAX |
|                                                       | E-mail                                                                                                                                       |                                                                                                            |     |
| 希望日時                                                  | 第1希望                                                                                                                                         | 年 月 日 ( ) 時 分から 【90分】                                                                                      |     |
|                                                       | 第2希望                                                                                                                                         | 年 月 日 ( ) 時 分から 【90分】                                                                                      |     |
| 会場<br><small>ご用意のうえお申込みください(市内)。</small>              | 名称                                                                                                                                           |                                                                                                            |     |
|                                                       | 所在地                                                                                                                                          |                                                                                                            |     |
|                                                       | 設備                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> PC (DVD読込 可 ・ 不可) |     |
| 受講予定人数                                                | * 5名以上でお申し込みください。 名                                                                                                                          |                                                                                                            |     |
| 受講者区分<br><small>該当の番号に○をつけ、( )内は具体的に記入してください。</small> | 1 市民<br>2 企業・職域団体 (業種: )<br>→ 講座を受講した団体として、市ホームページに団体名を掲載することに<br>同意します ・ 同意しません (どちらかに○をつけてください)<br>3 学校【小学校・中学校・高校・大学・その他( )】<br>4 その他 ( ) |                                                                                                            |     |
| 受講目的                                                  |                                                                                                                                              |                                                                                                            |     |
| 希望する内容                                                | * 講座内容の参考にさせていただきます。希望があればご記入ください。                                                                                                           |                                                                                                            |     |
| その他                                                   |                                                                                                                                              |                                                                                                            |     |

- 上記の個人情報は、本講座開催のためだけに用い、他の用途には使用しません。
- 準備の都合により、希望日の30日前までにお申し込みください(メール・FAX・郵送)。
- 講師の派遣可能な日時は、月曜から金曜(平日 8:30~17:00)、土日祝日や平日時間外の派遣については応相談。派遣先は原則市内とします。
- お申し込みの翌日から1週間たっても連絡がない場合には、お手数ですが下記の高齢者支援課相談支援係までお問い合わせください。

【送付先】  
武蔵野市 高齢者支援課 相談支援係 (平日 8:30~17:15)  
〒180-8777 武蔵野市緑町2-2-28  
TEL:0422-60-1846 FAX:0422-51-9218  
E-mail SEC-KOUREI@city.musashino.lg.jp

