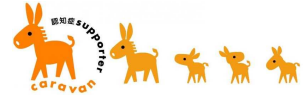


認知症サポーター養成講座開催申込書

黄色の項目について記入してください



申込日	令和 年 月 日
団体名	
担当者名	
担当者 連絡先	* 平日連絡可能な連絡先をご記入ください。

開催回数	回目				
希望日時	第1希望	令和 年 月 日 ()曜日			
	町チェック欄	午前・午後	時 分	～	午前・午後 時 分
	第2希望	令和 年 月 日 ()曜日			
	町チェック欄	午前・午後	時 分	～	午前・午後 時 分
会場	施設名			住所	
	広さ	畳	駐車場	有・無	イス 有・無
	材質	床・畳	場所 [] 個数[個]	
内容	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症について基礎知識 ・認知症の周辺症状と対応について ・認知症の人と接する時のこころがまえ 				
	上記の基本内容に加え、ご希望に合わせた内容を追加することができます				
参加予定者	人数	人 (男 人・女 人)			
	年齢層・配慮が必要な点など				

※₁ この用紙を森町地域包括支援センターまで、お持ち頂くかFAXにてお申込み下さい。

※₂ 手続きの都合上、お申込みは開催希望日の1か月前までにお願いします。

お申込み・お問合せ窓口	担当: 保健福祉課 森町地域包括支援センター 電話: 85-6341 (直通) / FAX: 85-1294
-------------	---