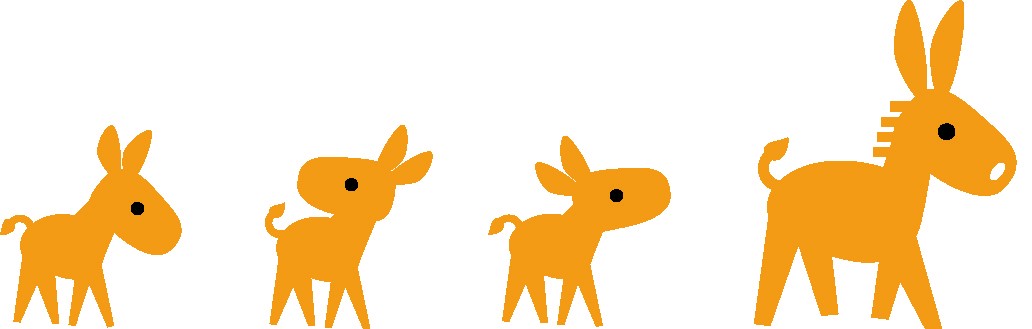
|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者氏名  申込み団体名 |  | | | |
| 住　　　所  所　在　地 |  | | | |
| 連　絡　先 | 電　話 |  | FAX |  |
| 担当者氏名 |  | | E-mail |  |
| 開催希望日時 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　）  　時　　　　分　～　　　　　時　　　　分まで | | | |
| 開催場所  および  利用可能機材 | 名　称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 機　材 | スクリーン　　【　　有　　・　　無　　】 | | |
| プロジェクター【　有（　音声出力　可・不可　）　無　】 | | |
| ノートパソコン【　有（　DVD読込　可・不可　）　無　】 | | |
| 受講対象者  区　分 | １．住民　　２．企業　　３．学校　　４．行政　　５．介護事業所  ６．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 受講予定者数 | 名 | | | |





（送付先）大垣市役所　高齢福祉課

　　　　　　〒503-8601　大垣市丸の内2丁目29番地

　　　　　　TEL　０５８４－８１－４１１１　FAX　０５８４－８１－６２２１

※１．上記の個人情報は本講座開催のためにだけ使用し、他の用途には使用しません。

※２．キャラバン・メイト（講師）の調整等のため、１ヶ月前までにお申込みください。お急ぎの開催をご希望の場合は高齢介護課へご相談ください。

認知症サポーター養成講座　申込書

太枠内に必要事項をご記入ください