

F A X 送 付

丸亀市高齢者支援課 地域包括支援センター宛 FAX : 0877-24-8914

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	グループ名					
	代 表 者	住 所	〒	—	自宅電話	
					携帯電話	
		ふりがな 氏 名		F A X		E-mail
開 催 日 時	第 1 希 望	平成 年 月 日 () 時 分 から 時 分まで				
	第 2 希 望	平成 年 月 日 () 時 分 から 時 分まで				
開 催 場 所	名 称					
	所在地					
	設 備		<input type="checkbox"/> テレビ <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> DVDプレーヤー <input type="checkbox"/> スピーカー <input type="checkbox"/> マイク <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> DVD読込可のノートパソコン			
※会場にある設備にチェック をしてください。						
受 講 予 定 者 数		約 名 (参加者の主な年齢層: 歳代から 歳代) ※わかる範囲でご記入ください。				
受 講 者 区 分		1 市民 2 企業・職域団体 (業種) ⇒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 同意します ・ 同意しません (どちらかに○をつけてください) 3 学校 【小学校・中学校・高校・その他 ()】 学年 (年生) 4 その他				
該当の番号に○をつけ、 ()内は具体的に記入し てください。						

※上記の個人情報は、本講座開催のためにだけ用い、他の用途には用いません。

※5人以上の団体・グループでお申し込みください。

注1) 準備の都合により、希望日の1か月前までに(必着)下記までお申し込みください。

(Eメール・FAX・郵送で受付します。確認のために電話にてご一報をお願いします。)

注2) 開催日時の希望について、土日祝日や平日時間外の派遣については申込前に電話で
ご相談をお願いします。派遣先は原則市内とします。

【申込・送付先】

丸亀市健康福祉部高齢者支援課地域包括支援センター

〒763-0034 丸亀市大手町2-1-7 (ひまわりセンター内)

電 話 24-8933 FAX 24-8914

E-mail hokatsu@city.marugame.lg.jp