様式第１号

認知症サポーター講座申込書

　　年　　月　　日

豊橋市長　宛

（福祉部長寿介護課）

団体・グループ名：

代表者　郵便番号：〒

住　　所：

氏　　名：

電話／ＦＡＸ：

Ｅ－mail：

認知症サポーター講座について次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 希望日時 | 第1希望 | 　　年　　月　　日（　　曜日） | 午前午後 | 時 　 分 ～　 時 　 分 |
| 第2希望 | 　　年　　月　　日（　　曜日） | 午前午後 | 時　 分 ～　 時　 分 |
| 会　場 | 施設名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電　　話 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 音響器具の有無 | スクリーン　　マイク　　スピーカー　　プロジェクター　　パソコン黒板（ホワイトボード）　　　**※ご用意いただける物に○をつけてください** |
| 参加人数 | 合　計　　　　　　　名　（男性　　　　名／女性　　　　　名） |
| 年齢層 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主に　　　　歳代 |
| 打ち合わせ担当者 | 氏　　名 |  |
| 連絡先 |  |
| 備　考 | （オンライン開催をご希望の方はその旨をこちらにお書きください。） |

※下記は市役所で記入します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受　受付印 |  | 整理番号 |  |
| 担当 キャラバン・メイト | 氏　名 |
| 受付方法 | 窓口／ＦＡＸ／郵便／メール |
| ☐依頼日　　　　　年　　　月　　　日　　　　☐決定通知日　　　　　年　　　月　　　日 |