

年 月 日

(宛先) 茂原市キャラバン・メイト事務局

認知症サポーター養成講座開催申込書

下記のとおり、認知症サポーター養成講座を開催したいので、講師（キャラバン・メイト）の派遣を依頼します。

団 体 名			
受講対象者			
連絡調整の 窓口となる方	氏名		
	住所	〒	
	電話		
	FAX		
希望日時	第1希望	年 月 日 ()	
		時 分～ 時 分	
	第2希望	年 月 日 ()	
		時 分～ 時 分	
予定会場 ※茂原市内に限ります	会場名		
	所在地	茂原市	
	電話		
参加予定人数	人 (大人 人・中学生 人・小学生以下 人)		
会場設備	プロジェクター (有・無) DVDプレーヤー (有・無) スクリーン (有・無) ホワイトボード (有・無)		
講座の周知について	() 受講団体のみで実施します () 一般市民の参加も可能です ⇒ ホームページへの掲載 (可・否)		
講座への要望や 学びたいこと等			

※ご記入いただいた内容は、茂原市地域包括支援室から講師役であるキャラバン・メイトに
 情報提供いたします。講座開催の目的以外で本情報を使用することはありません。