

送信先: FAX 0736-34-1652

メール ikiiki@city.hashimoto.lg.jp

※メールの件名は「認知症サポーター養成講座
依頼書」としてください。

認知症サポーター養成講座依頼書

★依頼者

令和 年 月 日

団体名・学校名			
住所	〒		
電話番号		FAX番号	
ふりがな			
担当者氏名			
担当者と直接調整 ができる連絡先	電話番号		FAX番号
	e-mail		

※団体名・学校名、開催日時、参加者数等を認知症サポーター養成講座の全国組織である全国キャラバンメイト連絡協議会に報告しますのでご了承ください。

★対象者

団体等	人			
学 校 ※対象となる学年・組・人数を記入してください	年	組	人	
	年	組	人	合計
	年	組	人	人
	年	組	人	

★実施希望日時

希望日 ※第1～3希望まで記入してください	参加者	会場
月 日 () : ~ :	年 組 人	
月 日 () : ~ :	年 組 人	
月 日 () : ~ :	年 組 人	

★確認事項

打ち合わせ日程	第1希望	月 日 () :
	第2希望	月 日 () :
	第3希望	月 日 () :
	場 所	

★補足事項

・希望日や依頼内容等によっては、希望日の変更等をご依頼する場合がありますので、ご了承ください。