

呉市福祉保健部 高齢者支援課

〒737-8501 呉市中央4丁目1番6号

TEL:(0823)25-5694 FAX:(0823)22-8529 (E-mail:kourei@city.kure.lg.jp)

## 呉市認知症サポーター養成講座「受講申込書」

令和 年 月 日

講師の派遣について次のとおり依頼します。

受講 団体	団体名称										
	代表者	ふりがな 氏名:									
		住所:									
		TEL:					FAX:				
希望 日	第一	令和 年 月 日 ( )	午前 時 分~	時 分	午後 時 分~	時 分					
	第二	令和 年 月 日 ( )	午前 時 分~	時 分	午後 時 分~	時 分					
会場	会場名称									・DVD使用	可・不可
	住所	同上								TEL: 同上	
区分	1. 住民										
	2. 企業・職域団体(業種:									)	
	3. 学校 小学校・中学校・高校・その他									( 学年 )	
	学校関係者(									)	
4. 行政(									)		
予定 人数	名	一般の方の参加: 不可・可 ( 地区限定)									
備考	団体名をホームページに掲載する事に同意します										
	代表者名 _____										

----- <処理欄 以下は記入しないでください> -----

実施圏域											開催計画NO.	—
講師 (X1)	メイトID: 広島 — —										所属	
	氏名											
	住所										電話	
提出日: 計画書 令和 年 月 日 報告書 令和 年 月 日												
物品送付: 令和 年 月 日 送付												

※この「受講申込書・受講名簿」は、開催2週間前までには事務局へ提出してください。