

# 基礎編

## 「認知症サポーター養成講座」申込書

団体名				
参加予定人数		人		
参加者分類 <small>(該当するものを○で囲んでください) ※企業等(介護事業所を除く)が 従業員対象研修として開催を希 望される場合は、専用申込用紙をご 利用ください。</small>		1 一般地域住民	6 NPO・ボランティア団体	
		2 校(地)区社協役員	7 職域団体 ( )	
		福祉協力員	8 学校	
		3 民生委員	9 行政関係者	
		4 自治会・町内会役員	10 その他 ( )	
		5 老人クラブ		
連絡先	住所	(〒 - ) (Tel. - 、Fax. - )		
	担当者氏名			
講演希望	日時	令和 年 月 日 ( ) 時 分～ 時 分 (講演 時間 分)		
	会場名		電話番号	-
	会場所在地			
	講演について、ご希望があれば記入ください。			

※太枠内に記入後、「北九州市認知症サポーターキャラバン事務局」までFAXまたは郵便でお送りください。  
事務局記入欄

<input type="checkbox"/> 受付日時	令和 年 月 日 (曜日) 時 分～ 時 分	受付担当者	
決定	<input type="checkbox"/> 日時	処理経過	<input type="checkbox"/> 講師決定通知 <input type="checkbox"/> 講師依頼文 <input type="checkbox"/> DVD使用 <input type="checkbox"/> PPT使用 <input type="checkbox"/> PC <input type="checkbox"/> スピーカー <input type="checkbox"/> PJ <input type="checkbox"/> DVDPJ <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> 駐車場 (有・無・予約 台) <input type="checkbox"/> 資料配達 ( / : ) <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 講師		

PC=パソコン、PJ=プロジェクター、DVDPJ=DVDプロジェクター、PPT=パワーポイント

### 【お申し込み・お問い合わせ先】

北九州市認知症サポーターキャラバン事務局 (北九州市社会福祉協議会 生活支援部 生活福祉課)  
Tel. 873-1296 Fax. 873-1351  
〒804-0067 北九州市戸畑区汐井町1-6 ウェルとばた8階

受付番号

--