

(FAX可)  
小郡市地域包括支援センター 行  
0942-72-7561

令和 年 月 日

## 認知症サポーター養成講座 キャラバン・メイト（講師）派遣申込書



(宛先) 小郡市長寿支援課長

下記の通り、認知症サポーター養成講座を開催しますので講師派遣を申し込みます。

太枠内を記入してください。

実施団体	団体名		
	代表者		
	連絡先		
実施団体 打合せ担当者	担当者名		
	連絡先	TEL	FAX
希望日時	第1希望	令和 年 月 日 ( )	時 分～ 時 分
	第2希望	令和 年 月 日 ( )	時 分～ 時 分
会場 (会場は申込者で確保下さい)	会場名		
	所在地		
	使用機材	DVD、プロジェクター、スクリーン、マイク	
参加予定人数	人 (うち、男性 名、女性 名)		
受講対象者	1. 住民      2. 企業・職域団体      3. 学校 4. その他 ( )		
備考			

令和 年 月 日

### キャラバン・メイト（講師）派遣決定について（通知）

申込者 様

小郡市長寿支援課長

下記のとおり講師を決定しましたので通知します。

派遣日時	令和 年 月 日 ( )	時 分～ 時 分
講師氏名		

1. 開催希望日の45日前までに提出してください。
2. 提出先：小郡市地域包括支援センター (FAX 可：0942-72-7561)
3. 後日、事務局から連絡をします。