

(FAX)

小郡市地域包括支援センター 行
0942-72-7561

平成 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) 小郡市介護保険課長

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	平成	年	月	日()	時	分	~	時	分
	第2希望	平成	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. 学校口 4. その他()									
備考										

平成 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

小郡市介護保険課長

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	平成	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。