**袋井市認知症サポーター養成講座開催申込書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 団体名 |  | 申込日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 担当者名 |  | 担当者連絡先 |  |
| 当日緊急連絡先（携帯電話等） |  | ※連絡希望時間・曜日があれば記入して下さい。 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 希望日時 | 第１希望 | 令和　　年　　月　　日（　　）曜日午前・午後　　時　　分　～　午前・午後　　時　　分 |
| 第２希望 | 令和　　年　　月　　日（　　）曜日午前・午後　　時　　分　～　午前・午後　　時　　分 |
| 会場 | 住所 |  |
| 施設名 |  | 駐車場 | 有・無 |
| 希望内容 |  |
| ※具体的な内容・留意して欲しい点等を記入して下さい。 |
| 参加予定者 | 人数 | 　　　　人（男　　　人　・　女　　　人） |
| 年齢層・配慮が必要な点など |  |
|  |

※ 手続きの都合上、開催希望日の１か月前までにお申込み下さい。

申込方法：下記までお持ちいただくか、FAXまたは電話にてお申込み下さい。

**〈 申込み・問合わせ先 〉**

はーとふるプラザ袋井（市総合健康センター）

健康長寿課　地域包括ケア推進係

住所：袋井市久能2515-1

電話：８４－７８３６　　　　　　　　FAX : ８４－７５８２

※お住まいの地域の地域包括支援センターにもお申込みいただけます。