豊見城市

市記入　　受付No.

「認知症サポーター養成講座」
開催申込書

提出日:　　年　月　日

実施主体者	グループ名/機関・団体・企業名/学校名	部署名	担当者名
	TEL:	FAX:	
	E-Mail:		
	住　所:　〒		

〈開催計画〉

開催希望日時	令和　　年　　月　　日（　　） 時　　分 ～　　時　　分	受講予定者数　約　　人
主な受講者		
開催予定場所	名称	住所
		〒
講師 (ｷｬﾗﾊﾞﾝ･ﾒｲﾄ)	1. 決定済み（　　）　2. 未決定(事務局で要調整)	
	DVD送付希望　　DVD不要(※いずれかを〇で囲んで下さい)	
その他 特記事項		

	内　　容	時間配分
講座の構成	〇	:　～　:　(　　分)
	〇	:　～　:　(　　分)
	〇	:　～　:　(　　分)
	〇	:　～　:　(　　分)
	〇	:　～　:　(　　分)

●申し込みにあたって●

1. 本表は開催希望日の2ヶ月前までに障がい長寿課へ、ご提出ください。(FAX・メール可)
2. 講師の都合等により、開催希望日等のご希望に添えない場合がございますので、あらかじめご了承下さい。

【提出先】

豊見城市　福祉健康部　障がい長寿課　介護長寿班

〒901-0292　豊見城市宜保一丁目1番地1

TEL:856-4292　FAX:856-7876

(市記入　処理状況)

年月日	時間	手段	処理内容
			☐ 講師(ﾒｲﾄ)へ日程調整連絡
			☐ 申請者へ日程、場所の確定を伝える
			☐ 講師(ﾒｲﾄ)に講師依頼文の起案→発送
			☐ 全国キャラバンメイト事務局に実施計画申請
			☐ 全国キャラバンメイト事務局に教材等の申込
			☐ 講師へのお礼状発送