

紀の川市認知症サポーター養成講座 開催申込書

年 月 日

紀の川市認知症サポーター養成講座 事務局 宛

下記のとおり、認知症サポーター養成講座の申込みをします。

代表者	(グループ名：)		
住所		TEL	
希望日時	月 日 () 時 分 ~ 時 分		
開催場所	名称		
	住所		
	TV	有・無	DVD プレイヤー 有・無
	スクリーン	有・無	プロジェクター 有・無
参加予定 人数・年齢層	人 (うち、男性 人・女性 人) 歳代 ~ 歳代 ※わかる範囲でご記入ください。		
受講対象者	① 住民 (地域住民 ・ 団体) ② 企業・職域 { 警察 ・ 消防 ・ 金融機関 ・ 郵便局 ・ 商店 } その他 : ③ 学校 (小学校 ・ 中学校 ・ 高校 ・ 大学) ④ その他 ()		
受講について (自由筆記)	■ 受講のきっかけは、なんですか？ ■ 認知症について、どのようなことを知りたいですか？ ■ 認知症と思われる人と接して、困ったことはありましたか？		

※裏面もご記入ください。

※2019年4月以降の受講で、初回受講時にはテキストとオレンジリングを配布します。

[申込み先]

紀の川市認知症サポーター養成講座 事務局 (紀の川市地域包括支援センター)
〒649-6492 紀の川市西大井 338 番地 TEL 0736-77-0350 FAX 0736-78-3315