**認知症サポーター養成講座申込書（団体用）**

令和　　年　　月　　日

江南市介護保険課　行

（FAX　56-5951）

（申込者）

代表者　住　所

　　　　氏　名

　　　　連絡先

次のとおり、認知症サポーター養成講座を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 第１希望日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　） |
| 第２希望日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　　） |
| 時　　　間 | 　　時　　分　～　　　時　　分 |
| 会　　　場 | 会場名　 |
| 会場所在地　 |
| 講師用駐車場　 |
| 参加予定人数 | 　　　　　　　　　人 |
| 団体の名称 |  |
| 申請団体で準備可能な機材 | □プロジェクター　　　□スクリーン　　　□マイク□スピーカー（パソコン接続可能なもの） |
| 備　　　考 |  |

以下は記入しないでください

以下は記入しないでください

【担当部署記入欄】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 可 | キャラバンメイト名 |  |
| 否 | 理　　由 |  |

※　この用紙は、江南市と地域包括支援センターが行う認知症サポーター養成講座の各種団体用申込書です。申し込みをいただきますと、こちらから全国キャラバンメイト連絡協議会事務局へ事前申請を行います。

参加人数等で大幅に変更があった際は、必ず介護保険課もしくは、担当の地域包括支援センターにご連絡ください。

なお、個人単位での申し込み受付は、現在行っておりませんので、ご希望の場合は、別途お問い合わせください。