**認知症サポーター養成講座　開催申込書**

令和　　年　　月　　日

小布施町長　あて

（小布施町地域包括支援センター）

下記のとおり、認知症サポーター養成講座の開催を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名  （地区名） |  |
| 代表者名 |  |
| 代表者住所 |  |
| 電話番号 |  |
| 希望日時 | 第一希望　　令和　　年　　月　　日（　）　　　時　　分から  第二希望　　令和　　年　　月　　日（　）　　　時　　分から |
| 予定会場 |  |
| 参加予定人数 | 人 |
| 備考 |  |

* 講座時間は約90分です。
* 講師の都合により希望日に添えない場合は、別途日程調整をさせていただきます。

………………………………小布施町地域包括支援センター記入欄……………………………

|  |  |
| --- | --- |
| 確定日時 | 令和　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分～　　時　　分まで |
| 確定会場 |  |
| 確定人数 | 男性　　　人　／　女性　　　人　　　　　　合計　　　　人 |
| 講師名 |  |
| 備考 |  |