様式第１（第６条関係）

|  |
| --- |
| 知立市認知症サポーター養成講座開催申込書年　　月　　日知立市長　　　　　　　　　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　（申込者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　団体名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　　知立市認知症サポーター養成講座の開催について、下記のとおり申し込みます。 |
|  | 希望日時 | 　　　年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分 |  |
| 開催場所 | 名称所在地 |
| 使用可能機材　 | スクリーン | 有　・無 |
| プロジェクター | 有　・無 |
| テレビ・DVDデッキ | 有　・無 |
| ノートパソコン | 有　・無 |
| 受講予定人数 | 　　　　　　　　人（おおむね１０人以上） |
| 受講対象者 | １．住民　２.企業・職場　３．学校　４．老人クラブ５．その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 備考 |  |
| 注意事項・日程については、講師との調整次第でご希望に添えないことがあります。・申込者側が会場、使用機材の手配を行ってください。 |