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。 | | | | |