様式１

**（送付先）長寿あんしん相談センター本部**（地域包括支援センター本部）

　　　　　　　　　ＦＡＸ：０９９－８１３－１０４１

〒８９０－００６２　鹿児島市与次郎１丁目１０番６号１階(ＴＥＬ：０９９－８１３－８５５５)

**認知症サポーター養成講座申込書**

**太枠内に必要事項を記入してください。**

※受講対象者は、鹿児島市在住または、市内の学校・企業等に通勤通学されている方が対象です。

※講座終了後は、受講者の氏名、年代、性別、住所、連絡先が記載された名簿の提出が必要です。

※申込書記載の個人情報は、本講座実施のためにだけ用い、他の用途には用いません。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **申込日**：　　　　　年　　　　 月　　　 　日 | | | |
| **申込ｸﾞﾙｰﾌﾟ名** |  | | | | 担当者氏名 |  | |
| **住所・所在地** | 〒 | | | | | | |
| **連絡先** | 電　話 |  | | | ＦＡＸ |  | |
| E-mail |  | | | | | |
| **受講対象者** |  | | | | | 受講  予定者数 | 人 |
| **受講対象者区分**  該当する番号に○を付けてください | **１**　住民グループ　　　　　　　　**２**企業・職域団体（業種　　　　 　　　　）  **３**　学校［小学校・中学校・高等学校・その他（　　　　 　　　　）］（学年　　　年）  **４**　行政　　　　　　　　　　　　**５**　介護サービス | | | | | | |
| **実施希望日時**  **※実施希望日の**  **３０日前までに**  **お申込みください。** | 第１希望 | 年 　　月 　　日（　　）　 　時　 　分から　 　時　 　分まで | | | | | |
| 第２希望 | 年 　　月 　　日（　　） 　　時　 　分から 　　時　 　分まで | | | | | |
| 第３希望 | 年 　　月 　　日（　　） 　　時 　　分から 　　時　 　分まで | | | | | |
| **実施場所** | 会 場 名 |  | | | | | |
| 会場設備  該当する番号に○を  付けてください。 | **１**ＤＶＤが視聴できる設備がある  ( テレビ・ ＤＶＤプレーヤー ・ スクリーン ・ プロジェクター ・ パソコン )  **２**　ＤＶＤが視聴できる設備はない  **３**　講師用駐車場（　あり　・　なし　） | | | | | |
| 所 在 地 | 〒 | | | | | |
| **教材等の**  **受取について** | 受渡し方法 | ・長寿あんしん相談センター（　　　　　　　　　）で受取り希望  ・都合により送付希望の方は下記フォームを記入 | | | | | |
| 送付先 | 送付先名称 |  | | | | |
| 受取人氏名 |  | | | | |
| 送付先TEL |  | | | | |
| 送付先住所 | 〒 | | | | |
| 講座を知ったきっかけ | |  | | | | | |