

## 提出先

鹿屋市役所 高齢福祉課 地域包括ケア推進係

メール : kourei@city.kanoya.lg.jp

電話 : 0994-31-1116

FAX : 0994-41-0701

## 鹿屋市認知症サポーター養成講座 受講申込書

団体・グループ名	認知症を学ぶ会	市内在住または通勤・勤務している 10人以上で構成された団体・グループ
代表者名	高齢 太郎	
電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	日中連絡がつく連絡先を 記入してください。
希望日時	※講師派遣等の調整のため、希望日は最短でも申込日から1か月以上後に設定していただきますようご協力をお願いいたします。 第1希望：令和〇年〇月〇日（〇） 〇時 〇分～ 〇時 〇分 第2希望：令和〇年△月△日（△） △時 △分～ △時 △分	
実施場所 (所在地)	〇〇公民館 (住所：鹿屋市〇〇町〇〇-〇 )	会場を手配のうえ お申し込みください。
参加者予定数 (10人以上)	15人	
その他	団体（グループ）もしくは実施場所において、準備可能なものに〇をお願いします。※使用の有無は、状況や派遣する講師によって異なります。 【パソコン・プロジェクター・スクリーン・スピーカー・マイク】	
備考		