

【認知症サポーター養成講座開催申込書】

令和 年 月 日

(あて先) 江別認知症オレンジの会

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。

※の項目は必須です。

実施団体	団体名※			
	担当部署			
	担当者※			
	電話番号※		FAX 番号	
	e-mail			
開催日時※	令和 年 月 日 (曜日) : ~ :			
開催場所※	会場名			
	所在地	江別市		
	設 備	<input type="checkbox"/> ビデオ <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> パソコン		
受講予定人数※	人			
その他				



【認知症サポーター養成講座開催申込書】（記載例）

令和 年 月 日

（あて先） 江別認知症オレンジの会事務局

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。

※の項目は必須です。

実施団体	団体名※	えべつ商店街		
	担当部署	えべつ商店街事務局		
	担当者※	えべつ 太郎		
	電話番号※	381-1067	FAX 番号	381-1073
	e-mail	Kaigo@city.ebetsu.hokkaido.jp		
日時※	令和 元年 5月 1日（水曜日） 13:30 ~ 15:00			
開催場所※	会場名	商店街集会所 第1会議室		
	所在地	江別市 高砂町6		
	設 備	■ビデオ □DVD □プロジェクター □パソコン		
受講予定人数※		25 人		
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 商店街の自主研修の一環として実施。 ・ 受講生は、当商店会会員 日中来店する顧客には高齢者が多い。 ・ 講習の様子は商店街 HP に載せる予定（写真撮影あり） <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> <p>キャラバン・メイト(講師)が、講座内容をアレンジする際や、江別市がキャラバン・メイトを選定する際の参考としますので、講座の位置づけや、受講生の特性などを記載してください。</p> </div>			

