

認知症サポーター養成講座受講申込書

赤穂市地域包括支援センター所長 宛

(申込団体代表者)

団体名

住所

氏名

電話番号

担当者

認知症サポーター養成講座を受講したいので、下記の通り申し込みます。

受講申込団体名			
受講希望日時	年 月 日 () : ~ :		
実施場所			
駐車場の有無	無 ・ 有	(場所:) (駐車可能台数: 台)	
受講見込み者数	人	DVD再生環境	有 ・ 無
団体の過去の受講	無 ・ 有 (平成 年 月頃)		
受講内容に関する希望	例) グループワークをして欲しい 講義にかける時間を多くして欲しい 等		

※講師調整のため、受講希望日の2ヶ月～1ヶ月前までにお申し込みください。

※他の団体の講座実施等の関係でご希望に添えない場合がございます。

※1回の講座に要する時間は60～90分(標準は90分)です(時間についてはご相談ください)。

※講座開催の最低人数は5人からです。

※講座では「①講義」、「②DVD視聴(20分程度)」を必ず入れさせていただきます。