**別紙１**

令和　　年　　月　　日

花巻市認知症サポーター養成講座事務局　宛

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　団　体　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者氏名

電話番号

**花巻市認知症サポーター養成講座申込書**

　下記のとおり認知症サポーター養成講座を申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **１　希望日時** | 令和　　年　　月　　日（　　）  　　時　　分　～　　　時　　分 |
| **２　会　　場** | 名　称  所在地  電　話 |
| **３　受講予定人数** | 人（年代　　　　　　　才代） |
| **４　特に聞きたい**  **内容** | １　認知症の疾患について  ２　認知症の症状について  ３　認知症の方への対応の仕方について  ４　認知症についての相談先 |
| **５　そ の 他** |  |

【注意事項】

　※開催時間は、原則90分です。

※申込書は、開催を希望する日の１か月前までにご提出ください。

※申込み確認後、ご担当者様に打ち合わせのためご連絡いたします。

**花巻市認知症サポーター養成講座事務局**

花巻市認知症地域支援推進員（花巻中央地域包括支援センター内）

電話　２４－７２４６　ＦＡＸ　２１－３７８５