令和　　年　　月　　日

**別紙１**

花巻市認知症地域支援推進員　宛

申請者　団　体　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　代表者氏名

　　　　　　　　　　　　　　　 　　　担当者氏名

電話番号

**花巻市認知症見守り声かけ訓練申込書**

下記のとおり認知症見守り声かけ訓練を申し込みます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| **1　希望日時** | 令和　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分 ～　　　時　　分 |
| **2　会　　場** | 名　称所在地電　話屋外で訓練できる広さはありますか？　　はい　：　いいえその場所は雨天時も訓練可能ですか？　　はい　：　いいえ |
| **3　受講予定人数** | 　　　　　人（年代　　　　　歳代） |
| **4　その他** |  |

【注意事項】

　※開催時間は、おおむね２時間です。

　※１０名～２０名でお申込みください。

　※申込書は、開催を希望する日の２か月前までにご提出ください。

　※申し込み確認後、ご担当者様に打ち合わせのためご連絡いたします。

【問い合わせ・申込み】

花巻市認知症地域支援推進員（花巻市中央地域包括支援センター）

電話：0198-24-7246　FAX：0198-21-3785