**花巻市認知症見守り声かけ訓練申込書**

令和　　年　　月　　日

花巻市認知症地域支援推進員　宛

団　体　名

担当者氏名

電　話　番　号

次のとおり認知症見守り声かけ訓練を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| **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～１５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、担当者宛に打ち合わせのためご連絡いたします。

【問合せ・申込先】

花巻市中央地域包括支援センター内

花巻市認知症地域支援推進員まで

電話：0198-24-7246　FAX：0198-21-3785