

# 認知症サポーター養成講座開催申込書

令和 年 月 日

認知症サポーター養成講座の開催を下記のとおり希望します。

|   |      |       |   |     |    |      |   |
|---|------|-------|---|-----|----|------|---|
| 受講団体名   |      |       |   |     |    |      |   |
| 受講予定人数  |      | 人     |   |     |    |      |   |
| 日時  | 第一希望 | 令和    | 年 | 月   | 日  | 曜日   |   |
|   |      | 午前・午後 | 時 | 分   | から | 時    | 分 |
|   | 第二希望 | 令和    | 年 | 月   | 日  | 曜日   |   |
|   |      | 午前・午後 | 時 | 分   | から | 時    | 分 |
|   | 第三希望 | 令和    | 年 | 月   | 日  | 曜日   |   |
|   |      | 午前・午後 | 時 | 分   | から | 時    | 分 |
| 場所  |      |       |   |     |    |      |   |
| 会場では、ビデオを観ることができますか。                                  |      |       |   | できる |    | できない |   |
| 会場では、DVDを観ることができますか。                                  |      |       |   | できる |    | できない |   |
| 会場では、スライドを観ることができますか。<br>(パソコンやプロジェクター(映写機)を用意できますか。) |      |       |   | できる |    | できない |   |
| 会場には、スライドを映すスクリーンがありますか。                              |      |       |   | ある  |    | ない   |   |
| 担当者(代表者等)   |      | 氏名    |   |     |    |      |   |
|   |      | 連絡先   |   |     |    |      |   |