認知症サポーター養成講座　申込兼講師派遣依頼書

千代田区認知症サポーター養成講座事務局　御中

　認知症サポーター養成講座の申込及び講師の派遣について依頼します。

提出日　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 企業・団体名  （主催者） | | |  | | | | |
| 所在地 | | | 千代田区 | | | | |
| 担当者 | | | 氏　名 | |  | | |
| 電　話 | |  | ＦＡＸ |  |
| E-mail | |  | | |
| 講座開催理由 | | |  | | | | |
| 希望日時  ※講座の所要時間は90分です | | | 第一希望 | | 令和　　年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分 | | |
| 第二希望 | | 令和　　年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分 | | |
| 第三希望 | | 令和　　年　　月　　日（　）　　時　　分～　　時　　分 | | |
| 会　場 | | | 名称 | |  | | |
| 所在地 | | 千代田区 | | |
| 開催形式 | | | □ 対面形式　　□ オンライン形式　　□ 対面＋オンライン形式 | | | | |
| 利用可能設備 | | | □ スクリーン　　□ プロジェクター　　□ ＤＶＤ再生機器  □ パソコン（パワーポイント利用可なもの） | | | | |
| ※ 設備が利用できない場合、講座の実施ができないことがあります。 | | | | |
| 受講予定者数 | | | | 受講者概要（職種など） | | | |
| 合計 | | 名 | | □ 町会・自治会　　□ 医療関係職　　□ 企業  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 内訳 | 在住 | 名 | |
| 在勤 | 名 | | （注意）  千代田区在住・在勤・在学の方にはちよだオレンジリングを、その他の方には認知症サポーターカードを交付します。 | | | |
| 在学 | 名 | |
| その他 | 名 | |

　※　日程調整の都合により、開催の１か月以上前までに依頼してください。

　※　依頼の受付け後、派遣日時や講座の内容など詳細について調整します。

【お問合せ】千代田区 保健福祉部 在宅支援課

TEL：03-6265-6485（直通）　Mail：zaitakushien@city.chiyoda.lg.jp