

認知症キッズサポーター養成講座 申込書兼講師派遣依頼書

千代田区保健福祉部在宅支援課長 宛

養成講座の申し込みと講師の派遣をお願いいたします。

太枠内に必要事項を記入してください。

申込日 年 月 日

申込者氏名 申込団体名				
住所・所在地				
連絡先	電話		FAX	
担当者氏名			E-mail	
開催希望日時	①令和 年 月 日() 時 分 から 時 分まで ②令和 年 月 日() 時 分 から 時 分まで ③令和 年 月 日() 時 分 から 時 分まで			
開催場所 および 利用可能機材	名称 (所在地)			
	機材	スクリーン 【 有 無 】 プロジェクター【 有(音声出力 可 不可) 無 】 ノートパソコン【 有(DVD読込 可 不可) 無 】 パワーポイント【 有 無 】 DVD の放映 【 可 不可 】		
講座開催 希望理由				
講座で聞きたい こと				
受講予定者数	名			

☆準備の都合により、開催の1か月以上前までに申し込みください。

☆申込み受付後、係からご連絡し開催日時など詳細について調整させていただきます。

(送付先) 千代田区 保健福祉部 在宅支援課 地域包括ケア推進係
 〒102-0074 千代田区九段南1-6-10
 TEL 03(6265)6485 FAX 03(3265)1163
 メール zaitakushien@city.chiyoda.lg.jp