**開催希望日の概ね１ヵ月前まで**にお申し込みください。

〈申込先〉夕張市役所　保健福祉課　包括支援係

・郵送の場合：〒０６８－０４９２　夕張市本町４丁目　夕張市役所

・ＦＡＸの場合：０１２３－５２－０６３８

・メールの場合：[ybrhkt@city.yubari.lg.jp](mailto:ybrhkt@city.yubari.lg.jp)



認知症サポーター養成講座　申込書

　　年 　　月 　　日

（あて先）夕張市長

下記のとおり認知症サポーター養成講座の申し込みをします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 団　　体　　名 |  | | | |
| 代　　表　　者 |  | | | |
| 担　　当　　者 |  | | | |
| 住所 |  | | | |
| 連　　絡　　先  （※は必須事項） | ※電　話 |  | ＦＡＸ |  |
| ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | | |
| 希　望　日　時 | 第１希望 | 年　　月　　日　(　)　　時　　分～　　　時　　分 | | |
| 第２希望 | 年　　月　　日　(　)　　時　　分～　　　時　　分 | | |
| 予　定　会　場  （申込者様で確保  してください） | 【会場名】 【電話】　　　－　　　－    【所在地】  【設置機材】※用意できない場合はご相談ください  スクリーン 【　　　有　　　　　無　　　】  プロジェクター【　有（音声出力　　　可　　不可　）　　無　】  パソコン　　　【　有（DVD読込　　　可　　不可　）　　無　 】 | | | |
| 受講対象者区分  該当する番号に○を付けてください。また（　）内には具体的に記入ください。 | １　市民  ２　町内会  ３　民生委員  ４　企業・職域団体（業種　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ５　学校［小学校・中学校・高等学校・大学・その他（　　　　　　）］  　（学年　　年）  ６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| （５名以上でお申し込みください） | 人（うち、男　　　人、女　　　人） | | | |
| その他連絡したい事 |  | | | |

注１）上記の個人情報は、本講座開催のためだけに用い、他の用途には用いません。

注２）希望にそえない場合がありますので、申込前にご相談願います。