

【認知症サポーター養成講座開催申込書】

平成 年 月 日

(あて先) 宇都宮市長

下記のとおり、認知症サポーター養成講座の開催を申し込みます。

の項目は必須です。

実施団体	団体名			
	担当部署			
	担当者			
	所在地			
	電話番号		FAX番号	
	e-mail			
開催日時	平成 年 月 日 (曜日) : :			
開催場所	会場名			
	所在地	宇都宮市		
	連絡先			
	設備	ビデオ	DVD	プロジェクター パソコン
受講予定人数		人		
その他				

1 開催日の45日前までに、郵送またはFAXで提出してください。

2 お申し込み・お問い合わせ

「宇都宮市 保健福祉部 高齢福祉課 企画グループ」

郵送：〒320-8540 宇都宮市旭1-1-5

FAX：028-632-3040 電話：028-632-2904

3 後日、市の担当から連絡をします。



【認知症サポーター養成講座開催申込書】(記載例)

平成 年 月 日

(あて先) 宇都宮市長

下記のとおり、認知症サポーター養成講座の開催を申し込みます。

の項目は必須です。

実施団体	団体名	うつのみや商店街		
	担当部署	うつのみや商店街事務局		
	担当者	うつのみや 太郎		
	所在地	宇都宮市旭1-1-5		
	電話番号	028-632-2903	FAX番号	028-632-3040
	e-mail	u1903@city.utsunomiya.tochigi.jp		
開催日時	平成20年 4月 1日(火曜日) 13:30 15:00			
開催場所	会場名	商店街コミュニティセンター 第1会議室		
	所在地	宇都宮市 旭 - -		
	連絡先	028 - (商店街コミュニティC事務所)		
	設備	ビデオ DVD プロジェクター パソコン		
受講予定人数	25人			
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 商店街の自主研修の一環として実施。 ・ 受講生は、当商店会会員 ・ 当商店街は宇都宮市の中心部にあり、交通の便もよいことから、日中来店する顧客には高齢者が多い。 ・ 講習の様子は商店街HPに載せる予定(写真撮影あり) <div style="border: 2px solid red; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="color: red; text-align: center;">キャラバン・メイト(講師)が、講座内容をアレンジする際や、宇都宮市がキャラバン・メイトを選定する際の参考としますので、講座の位置づけや、受講生の特性などを記載してください。</p> </div>			

1 開催日の45日前までに、郵送またはFAXで提出してください。

2 お申し込み・お問い合わせ

「宇都宮市 保健福祉部 高齢福祉課 企画グループ」

郵送：〒320-8540 宇都宮市旭1-1-5

FAX：028-632-3040 電話：028-632-2904

3 後日、市の担当から連絡をします。

