認知症サポーター養成講座　申込書

申込日　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申込者氏名・申込者団体名 |  |
| 住所・所在地 | 〒　　　　　　　　港区 |
| 連絡先(電話・FAX・メールアドレス) |  |
| 担当者氏名 |  |
| 開催希望日時 | 【第１希望】令和　　年　　月　　日（　　）　　　　時　　分から【第２希望】令和　　年　　月　　日（　　）　　　　時　　分から【第３希望】令和　　年　　月　　日（　　）　　　　時　　分から□キャラバンメイトの派遣を希望する　　□企業内メイトが講座を実施する |
| 受講予定者数・開催希望場所 | 名（　□対面：　　　　　名／　□オンライン　　　　　　名） |
| ※対面での開催を希望する場合、以下をご記入ください。新型コロナウイルス感染症の感染拡大防止のため、収容人数の半数以下の人数を定員とします。名称・所在地：収容人数：　　　名　　設備：□プロジェクター　　□ＤＶＤ　　□マイク |
| 受講対象者区分該当する番号に〇をつけてください | １　区民２　企業・職域団体【業種　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】　　→みなと認知症サポート店の認定申請を　　希望する　・　希望しない３　学校【小学校・中学校・高等学校・大学・その他（　　　　）】４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| （受講希望理由・団体の活動内容）※講座内容の参考にさせていただきます。 |
| 希望物品 | ※受講者には、サポーターカードをお渡しします。以下の物品は、有料で送料がかかります。詳しい金額はお問合せください。□テキスト　　　　　　冊　　　　□オレンジリング　　　　　個　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 物品送付先（住所・宛名・TEL） |  |
| 物品購入請求書送付先（請求書宛名・請求先・TEL） | ※請求先・TELは、物品送付先と同じであれば記入は不要です。 |

※上記の個人情報は本講座開催のためだけに使用し、他の用途には使用しません。

注１）準備の都合により、講座開催希望日の40日前までにお申し込みください。（当課必着）

注２）お申し込みいただいてから１週間経っても連絡がない場合には、お手数ですがご連絡ください。