（申込先）（事務局）新潟県介護福祉士会　FAX　025－281-7710　　E-mail　kaigo@sage.ocn.ne.jp

　　 住所〒950-0994　新潟市中央区上所2丁目2番2号 新潟ユニゾンプラザ3階

認知症サポーター養成講座開催申込書

様式　１

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込み日 令和 　年 　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申込団体名 |  | |
| 住　所  （資料送付先） |  | |
| ご担当者 |  | |
| 連絡先電話番号 |  | |
| 連絡先Fax |  | |
| 連絡先E-mail |  | |
| 受講団体（受講者） |  | |
| 開催希望日時 | 第１希望 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　）  　　　　時　　分から　　時　　分まで |
| 第２希望 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　　）  　　　　時　　分から　　時　　分まで |
| 予定会場 | 会場名 |  |
| 住所 | 新潟市　　　区 |
| 電話番号 |  |
| 設備 | □DVD　□ﾋﾞﾃﾞｵ　□ﾌﾟﾛｼﾞｪｸﾀｰ　□ﾊﾟｿｺﾝ |
| 受講予定人数 | 人 | |
| 一般参加の  可否について | □可　□否  ※可の場合、日時・会場・内容の他、申込みの要否・申込み（問い合わせ）先・一般参加可能な人数と駐車場の有無を新潟市のホームページに掲載させて頂きますので、下欄もご記入ください。 | |
| 申込み　□要　　□不要  申込み（問い合わせ）先：  電話；  Fax；  E-mail; | |
|  | 一般参加可能な人数：　　　　　人  会場駐車場：　□有（　　　台程度）　□無 | |
| 備考 |  | |

１　開催の３０日前までに提出してください。

２　講師の都合や予算執行状況等により，希望の日時に添えないことがあります。

３　会場については，申込者が確保することとしますが，上記理由により日時が変更される場合もありま

すので，変更の際の会場確保についてもお願いいたします。

４　一般参加の対象者について，特に条件等がある場合は備考欄へ記入してください。

　　　【例】「○○地域の方限定」，「２０歳代，３０歳代の方のみ」等

５　この申込書は，認知症サポーター養成講座実施に係ること以外の目的には使用いたしません。

６　この申込書は，Fax・郵送・E-mailのいずれかの方法でご提出ください。