

# 〈認知症サポーター養成講座申込書〉



申込日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

申込先 霧島市地域包括支援センター (TEL 48-7979 FAX 46-8123)

\*開催予定の30日前までに申し込みをお願いします。太枠のみご記入をお願いします。

受講団体名		年齢層	
代表者氏名		連絡先	
開催日時	第一希望	令和	年 月 日 : ~ :
	第二希望	令和	年 月 日 : ~ :
	最終決定 (未記入で)	令和	年 月 日 : ~ :
会場			
受講予定者数	名 (男 名・女 名)		
備考			
必要物品	教材	一般用	部 中学生用 部
		小学生用	部
	受講者用 カード	一般用	枚
		キッズサポーター用	枚
必要物は <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> 紙芝居		

メイト受付日	令和 年 月 日
対応メイト	メイト所属・ 連絡先
渡し済→ <input checked="" type="checkbox"/> 提出済→ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 開催計画表用紙 <input type="checkbox"/> 受講者名簿用紙 <input type="checkbox"/> 実施報告書用紙
貸出物→ <input checked="" type="checkbox"/> 返却後→ <input type="checkbox"/>	