申込みは、**開催希望日の１ヵ月前まで**にＦＡＸ又は郵送でお願いします。

〈申込先〉　静岡市地域包括ケア・誰もが活躍推進本部

郵送：〒４２０－８６０２　静岡市葵区追手町５番１号　ＦＡＸ：０５４－２２１－１５７７

**認知症サポーター養成講座　申込書**令和 　　年 　　月 　　日

（あて先）静岡市長

|  |  |
| --- | --- |
| 団　　体　　名 |  |
| 住　　　　　所 | 〒 |
| 代　　表　　者 |  |
| 担　　当　　者 |  |
| 通知郵送先住所 | 〒 |
| 電　　　　　話 |  | Ｆ　Ａ　Ｘ |  |
| 希　望　日　時①第１希望日②第2希望日 | ① | 令和　　年　　　月　　　日　(　　)　　　　時　　分～　　　時　　分 　　 |
| ② | 令和　　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】プロジェクター　・　パソコン　・　ＤＶＤ　・なし |
|  |  　　　　　　　人（うち、男　　　人、女　　　人） |
| その他連絡事項 | (例)講師の体験談を聞きたい等 |
| ご希望の教材受取窓口 | ・・**〇で囲んで****ください**静岡市役所14階地域包括ケア・誰もが活躍推進本部駿河区役所2階高齢介護課清水区役所１階高齢介護課 |
| 団体名を静岡市のホームページに掲載しています。**ホームページ掲載について（○で囲む）　　　同意します　・　同意しません** |
| 企業・団体グループで申込の方でご希望があれば、認知症の方にやさしいお店の目印として【ステッカー（Ａ４サイズ）】を配布いたします。**ステッカーを（○で囲む）　　　　　　　　希望します　・　希望しません**テキスト  自動的に生成された説明 |