

「認知症サポーター講座」申込書

令和 年 月 日

長野市長 宛

申込団体名

代表者氏名

住所

電話

下記のとおり、認知症サポーター講座を申し込みます。

希 望 日 時	第一希望	年 月 日 () 時 分～ 時 分
	第二希望	年 月 日 () 時 分～ 時 分
参加予定人数	人	
開催場所	施設名等	
	設備の有無 (用意できる ものに○)	マイク・スクリーン・プロジェクター・DVD・パソコン
打合せ担当者 (代表者と 異なる場合)	氏名	電話 - - FAX - -
備 考 (集会名や 希望講師等)		
長野市ホーム ページへの 掲載	講座を受講した団体としてホームページに団体名を掲載することに 同意する ・ 同意しない	

〔注意事項〕

- 1 申し込みいただけるのは、長野市内に在住する5人以上の団体・グループです。
- 2 会場は長野市内とし、講師用駐車場も含め、申込者において確保してください。
- 3 都合により、日時や講師については御希望に添えない場合もあります。ご了承ください。
担当 長野市中部地域包括支援センター 電話 224-7174 FAX 224-8574