天理市認知症サポーター養成講座受講　申込書

太枠内に必要事項を記入して下さい。　　　　　　　申込日：　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込者氏名 |  | | | | |
| 申込団体名 |  | | | | |
| 住所・所在地 |  | | | | |
| 担当者氏名 |  | | | | |
| 連　絡　先 | 電　話 |  | | ＦＡＸ |  |
| 開催希望日時 | 年　　月　　　日（　　）　　　時　　分　～　　　時　　分 | | | | |
| 開催希望場所 | 名　　称 | |  | | |
| 所 在 地 | |  | | |
| 受講対象者区分（該当する番号に○を付けてください。） | １　住民  ２　企業・職域団体（業種　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ３　学校［小学校・中学校・高等学校・その他（　　　　　　　　　）］  ４　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 受講予定者数 | 名 | | | | |

＜申し込み先＞天理市役所　福祉政策課　TEL：０７４３－６３－９２７２（直通）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX：０７４３－６２－２８８０

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-Mail：fukushi-s@city.tenri.nara.jp

以下は天理市が記入します。

|  |  |
| --- | --- |
| 派遣予定  キャラバン・メイト所属 |  |