

笛吹市 認知症サポーター養成講座 開催申込書

申込日	年 月 日(曜日)
開催希望日時	第1希望: 年 月 日(曜日) 時 分～ 時 分 第2希望: 年 月 日(曜日) 時 分～ 時 分 その他:
開催場所	
団体名	
希望団体代表者(担当者)	氏名: 連絡先: メールアドレス:
参加予定人数等	人 (概ねの年代: 歳代 概ねの男女比: 男 : 女)
PC・プロジェクター	※使用可否等について
その他	○認知症サポーター養成講座受講歴のある人の有無: 有 ・ 無 ○知りたい内容 認知症の症状 ・ 認知症の行動や心理 ・ 認知症への支援 認知症の人と接するときの心構え ・ 認知症の診断や治療 その他→ ○配慮すべき点等があればお書きください

キャラバンメイト(講座を担当する講師)への情報提供 (同意する ・ 同意しない)

市担当申込受付者()