笛吹市　認知症サポーター養成講座　開催申込書

□担当するキャラバンメイトへの情報提供に同意します

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 ※知りたい内容や配慮すべき点等があればお書きください。

市担当申込受付者(　　)