春日井市認知症サポーター養成講座申請書

年　月　日

春日井市長　様

　認知症サポーター養成講座を実施したいので、キャラバン・メイトの派遣について、次のとおりに申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申込者 | 団体名等 | 名称： | |
| 代表者 | 住所： | |
| 氏名： | |
| 電話： | FAX： |
| 日　時  会　場 | 希望日 | 令和　　年　　月　　日（　） | |
| 時　間 | 午前・午後　　時　　分～午前・午後　　時　　分 | |
| 会場名 |  | |
| 会場所在地 |  | |
| 受講対象区分 | 1. 市民 2. 企業・職域団体（業種　　　　　　　　　　　　　　　　　　） 3. 学校名（　　　　　　　　　　　　　　　　学年　　　　　年） 4. その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | |
| 受講予定人数 | 名 | | |
| 備　考 |  | | |

※派遣するキャラバン・メイトはボランティアの方なので希望に添えないこともございますのでご了承ください。

以下は事務局にて記入いたします。

希望者がキャラバン・メイトの場合は記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 派遣予定  キャラバン・メイト | 住所： | |
| 氏名： | ID: |
| 電話： | |