**認知症サポーター養成講座　キャラバンメイト派遣申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　年 　 月　　日

新見市福祉部

介護保険課長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　 (申請者)団　体　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 (連絡先Tel 　　)

下記のとおり認知症サポーター養成講座を開催したいので、キャラバンメイトの派遣を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 開 催 日 時 | 平成　　年 　 月　　日（　）　　：　　～　　： |
| 開 催 場 所 |  |
| 対 象 団 体 |  |
| 参 加 人 数 | 人 |
| 開 催 場 所  設 置 設 備 | □　スクリーン  □　プロジェクター  □　パソコン（ＤＶＤ使用　　可　　不可）  □　ＤＶＤプレーヤー  □　マイク |
| そ の 他 |  |
| ※　講 師 |  |

※は、記入しないでください。