

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

令和 年 月 日

新見市福祉部
高齢者支援課長 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	令和 年 月 日 () : ~ :
開催場所	
対象団体	
参加人数	
開催場所 設置設備	<input type="checkbox"/> スクリーン <input type="checkbox"/> プロジェクター <input type="checkbox"/> パソコン (DVD使用 可 不可) <input type="checkbox"/> DVDプレーヤー <input type="checkbox"/> マイク
その他	
※ 講師	

※は、記入しないでください。