

認知症サポーター養成講座依頼書

受付No. _____

申込日 令和 年 月 日

申込者	団体名等	名称：
	代表者氏名	(※) ※代表者が手書きしない場合は、記名押印してください。
	住所・連絡先	〒 丹波市 町 自宅電話（ ） 携帯（ ）
日時 会場	希望日時	令和 年 月 日（ ） 午前・午後 時 分～ 時 分
	開催場所	
	設備等	☐ ビデオ ☐ DVD ☐ マイク ☐ スクリーン ☐ その他（ ）
予定人数	名	
備考		

※申込いただきましたら、事務局より申込者へ連絡させていただき相談の上、詳細を決定します。

注1) 開催日は原則として平日（昼夜とも）にお願いします

注2) 講座の時間は90分程度となります

注3) 申込は開催希望日の45日前までに
郵送かFAXでお願いします

☆お申込はこちら☆



＜丹波市キャラバンメイト連絡会事務局＞
丹波市役所 高齢者あんしんセンター
（介護保険課内基幹型地域包括支援センター）
〒669-3602 丹波市氷上町常楽 211
電話：88-5267 FAX：88-5283

事務局記入欄

派遣予定	氏名	所属
キャラバンメイト	氏名	所属

決裁欄

課長	副課長	係長	地域支えあい推進係	事業担当	受付者
	※				

開催計画書送付口 実施報告書送付口 実績入力口（実施済み項目に☑）

記入例

認知症サポーター養成講座依頼書

受付No. _____

申込日 令和3年4月1日

申込者	団体名等	名称：●×自治会	日中にご連絡のとれる番号をご記入ください
	代表者氏名	たんば 太郎 (※) ※代表者が手書きしない場合は、記名押印してください。	
	住所・連絡先	〒 丹波市 町 自宅電話（ ） 携帯（ ）	
日時会場	希望日時	令和3年 5月28日（木） 午前・午後 10時00分～ 11時30分	
	開催場所	●×公民館	
	設備等	☒ ビデオ ☒ DVD ☐ マイク ☐ スクリーン ☒ その他（パソコン）	
予定人数	35名		
備考	地域には高齢者も多く身近な問題として話を聞きたいと思っている 参加者の中には介護経験者もいる 地域での関わり方などが知りたい 講師が講義内容をアレンジする際や講師を選定するときの参考としますので、講座の位置づけや受講者の特性などを記載してください。		

※申し込まれましたら、事務局より申込者へ連絡させていただき相談の上、詳細を決定します。

注1）開催日は原則として平日（昼夜とも）にお願いします。

注2）講座の時間は90分程度となります

注3）申込は開催希望日の45日前までに
郵送かFAXをお願いします

☆お申込はこちら☆

<丹波市キャラバンメイト連絡会事務局>
 丹波市役所 高齢者あんしんセンター
 （介護保険課内基幹型地域包括支援センター）
 〒669-3602 丹波市氷上町常楽 211
 電話：88-5267 FAX：88-5283



派遣予定	氏名	所属
キャラバンメイト	氏名	所属

決裁欄

課長	副課長	係長	地域支えあい推進係	事業担当	受付者
	※				