

**（送付先）二宮町地域包括支援センター　なのはな**

〒259‐0196　二宮町二宮961

　FAX：0463‐71‐3353

　TEL：0463‐71‐7085

　Mail：nisyakyo-houkatsu@swan.ocn.ne.jp

**認知症サポーター養成講座　出前講座申込書**

**必要事項を記入してください。**　　　　　　　　　　　　申込日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申込団体名  申込者氏名 |  | | | |
| 住所・所在地 |  | | | |
| 連絡先 | TEL |  | ＦＡＸ |  |
| 担当者氏名 |  | | E-mail |  |
| 開催希望日時 | 第１希望  　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分 から　　　時　　分 まで  第２希望  　　年　　月　　日（　　）　　　時　　分 から　　　時　　分 まで  ☆ 日時が決まってなければ、開催月だけでもかまいません | | | |
| 開催場所 | 会 場 名： | | | |
| 設備（該当する箇所に○を付けてください。）  DVDを視聴できる設備　　ある　・　ない  （テレビ ・ DVDプレイヤー ・ パソコン ・ スクリーン ・ プロジェクター） | | | |
| 受講予定者数 | 人 | | | |
| 質問や要望など |  | | | |

※上記の個人情報は、本講座開催のためにだけ用い、他の用途には用いません。