**認知症サポーター養成講座申込書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申込日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 希望日 | 第一希望　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　）  第二希望　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日（　　　） | |
| 時　間 | ：　　　　　　　～　　　　　　　： | |
| 講座内容  希望の番号に〇印 | ①　講話とクイズ  ②　講話と寸劇（意見交換を含む）  ③　おまかせ | |
| 会場 | 学（地）区 | 下記の備品のうち、ご用意いただけるものに〇をしてください。 |
|  | プロジェクター  スクリーン |
| 団体名 |  | 参加人数（予定）  　　　　　　　　　　　　人 |
| 代表者名 |  | |
| 連絡先 |  | |
| 駐車場の有無 | 有（　　　　台）　　・　　　無  ※講座内容②を希望する場合は、４台程度の駐車場確保が必要です | |
| 備考 |  | |

＊希望日の１か月前までに申込みください。

＊講座内容等について、担当者からご連絡いたします。

【申込・お問い合わせ】

草津市役所　長寿いきがい課　長寿政策係

電話：561-2372　FAX：561-2480　E-mail：choju@city.kusatsu.lg.jp