

平成 年 月 日

## 認知症サポーター養成講座開催申込書

筑前町長 様

申 請 者	住 所	
	氏 名	印
	連 絡 先	

認知症サポーター養成講座を開催したいので、下記のとおり申込みます。

開催日時	平成 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分		
開催場所			
主催者名		代表者氏名	
受講者 (団体・グループ名)		受講予定者数	
受講対象者	1 住民 2 企業・職域団体 3 学校 4 行政 5 その他 ( )		
講座の内容 時間配分	○認知症サポーターとは	( : ~ : )	
	○認知症の基礎知識	( : ~ : )	
	○私たちにできることは	( : ~ : )	
	○	( : ~ : )	
	○	( : ~ : )	
担当メイト			
使用教材	1 標準教材(冊子) 2 キャンペーンビデオ 3 配布資料(独自)		
備 考			

### ※ 注意事項

1. 太枠内を記入し、開催日の50日前までに提出してください。
2. 申込・問合先  
筑前町福祉課 (☎ : 0946-24-8763)