上尾市高齢介護課　地域支援担当　宛

電話：048-775-4190　FAX：048-776-8872

上尾市認知症サポーター養成講座　申込書

申込日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受講団体名・  グループ名 |  | | | |
| 受講対象者種別  （該当に○を付ける） | １．住民　　２．企業・職場　　３．学校  ４．その他（　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 受講予定人数 | 人 | | | |
| 申込者名  （ご担当者） | 氏名：  電話：  住所： | | | |
| 開催希望日時  ※開始時間も記入 | 第1希望 | 令和　年　月　日(　) | 開始時間 | 00:00 |
| 第2希望 | 令和　年　月　日(　) | 開始時間 | 00:00 |
| 第3希望 | 令和　年　月　日(　) | 開始時間 | 00:00 |
| 希望時間  （該当に〇を付ける） | **①標準時間は90分**ですが、②90分が難しい事情がある場合は60分以上③小中学校向けは授業の１コマ（45～60分）の選択が可能です。  ①90分　　・　　②60分～　　・　　③45分～50分  　　　　　　　　（　　　分程度） | | | |
| 希望時間で②を選択した場合のみ、事情について |  | | | |
| 小中学校向けのみ  寸劇の実施希望 | ※小中学校向け開催の場合は座学と寸劇を予定させていただいています。但し、実施時間で③45～50分を希望の場合は座学のみとなります。  ①希望する　②希望しない　③講師と相談して決めたい | | | |
| 会場 | 名称：  住所： | | | |
| 会場設備  ※機材の有無に○を付ける | スクリーン（白い壁で代替可）　有・無  プロジェクター　有・無 　　　ノートパソコン　有・無  ＤＶＤプレーヤー　有・無 　　マイク　有・無 | | | |

※申し込みは講座開催の２カ月前までにお願い致します。

※受付後、代表者にご連絡し日程・講師等の調整をいたします。

※日程については、講師との調整次第でご希望に添えないことがあります。